

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

EMANUEL MOURA GOMES

**A ENFERMAGEM NO CONTEXTO INTERPROFISSIONAL DE IMPLANTAÇÃO
DA RESIDÊNCIA TERAPÊUTICA DA REGIONAL V: desafios e perspectivas**

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

EMANUEL MOURA GOMES

**A ENFERMAGEM NO CONTEXTO INTERPROFISSIONAL DE IMPLANTAÇÃO
DA RESIDÊNCIA TERAPÊUTICA DA REGIONAL V: desafios e perspectivas**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – atenção psicossocial do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

Profa. Dra. Luciana Regina Ferreira da Mata

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

FOLHA DE APROVAÇÃO

O trabalho intitulado “A ENFERMAGEM NO CONTEXTO INTERPROFISSIONAL DE IMPLANTAÇÃO DA RESIDÊNCIA TERAPÊUTICA DA REGIONAL V: desafios e perspectivas”, de autoria do aluno **Emanuel Moura Gomes**, foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área Atenção Psicossocial.

Profa. Dra. Luciana Regina Ferreira da Mata
Orientadora da Monografia

Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Curso

Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)
2014

AGRADECIMENTOS

A minha família pelo apoio e cuidado que me estimula a superar desafios;

Aos profissionais do Centro de Atenção Psicossocial geral da regional V, pelo trabalho com respeito e tolerância;

Aos cuidadores do Serviço Residencial Terapêutico, pela sua coragem em fazer parte dessa história;

Aos moradores da residência terapêutica da regional V, por me permitirem uma experiência única e agradável;

Em especial a Arco-íris em sua nova jornada no universo, por tocar minha existência compartilhando seu carisma, sua pulsão de vida e sua tranquilidade;

A minha orientadora Luciana da Mata, pela paciência história e respeito aos nossos processos de vida;

*Há um arco-íris ligando o que sonha e o que entende – e
por essa frágil ponte circula um mundo maravilhoso e
terrível, que os não iniciados apenas de longe percebem,
mas de cuja grandeza se vêem separados por muralhas
estranhas, que tanto afastam como atraem.*

Cecília Meireles

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	1
2. OBJETIVOS	8
2.1. GERAL	8
2.2. ESPECÍFICOS	8
3. UM OLHAR SOBRE A HISTÓRIA DA INSTITUCIONALIZAÇÃO NA SAÚDE MENTAL COM FOCO NOS MORADORES DE HOSPITAL PSIQUIÁTRICO	9
4. MÉTODO.....	18
5. A ENFERMAGEM NO PROCESSO DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO: reflexões a partir de uma intervenção	25
5.1. A estrutura da Residência Terapêutica: do “fazer parte” às primeiras ações.	30
5.2. A alma da Residência Terapêutica: e de mim, quem cuida?	38
5.3. Vivenciar a Residência Terapêutica: causos e percalços	47
5.3.1. Causo Laranjeira	49
5.3.2. Causo Arco-íris	53
5.3.3. Causo Semente	57
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	60
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	62
ANEXO.....	68

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1. Divisão administrativa de Fortaleza por bairros no ano de 2010.....	12
Figura 2. Estrutura síntese do planejamento estratégico participativo do Centro de Atenção Psicossocial geral da Secretaria Regional V	31

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Distribuição da Renda e da População por Regionais Administrativas de Fortaleza	12
--	-----------

RESUMO

O binômio institucionalização/desinstitucionalização conforma uma temática sutil e fundamental para o trabalho na saúde mental; e a atuação da enfermagem é fundamental para efetivação de uma assistência à saúde mental de qualidade e a garantia de direitos sociais. Pensando assim, objetivamos descrever a intervenção de apoio institucional para implantação da Residência Terapêutica da Secretaria Executiva Regional V com foco no cuidado de enfermagem. Para tanto, realizou-se uma pesquisa-intervenção de apoio institucional por um período de sete meses. Os sujeitos deste relato foram os profissionais do CAPs geral e as pessoas que convivem no espaço da RT. A observação participante e o diário de campo consistiram nas estratégias para coleta de dados. Utilizou-se uma narrativa estruturada em três partes para apresentação dos dados e a discussão se deu à luz da literatura revisada. Observou-se que a enfermagem na saúde mental demonstrou dificuldade em ampliar seu escopo de ações além do psicofarmacológico, possivelmente pelo contexto de grande demanda dos serviços, pela realidade de vínculos trabalhistas fragilizados e fortemente marcado por interferências partidárias. A enfermagem apresenta dificuldades em discutir e estruturar estratégias de educação permanente e os agenciamentos na saúde mental ainda limitam a profissão em um agir mais técnico. Assim, conclui-se que o apoio institucional pode contribuir com serviços de base territorial. Ademais, é necessário investimento nos currículos pedagógicos da enfermagem para qualificação em relação a tecnologias de cuidado mais adaptados a esse tipo de serviços, qualificando também a discussão política dos profissionais.

Palavras-chave: desinstitucionalização, saúde mental, enfermagem em saúde pública

1. INTRODUÇÃO

A saúde como um campo sociopolítico historicamente constituído e constituindo um modelo clínico-assistencial alicerçado sobre um paradigma biomédico, de biopoder e nosocomial são alguns dos elementos que encontramos nas reflexões de Foucault (2010, 2013, 2009).

A organização político econômica do mundo moderno e contemporâneo, que estabelece uma rotina do trabalho em saúde que pode ou tende a colaborar com a anestesia dos corpos dos trabalhadores, coopera com a alienação sobre os processos que interferem em políticas públicas e no cotidiano do agir dos profissionais.

De vários elementos que emergem desse cenário reflexivo, pensamos em nos aproximar do binômio institucionalização/desinstitucionalização como uma temática sutil e fundamental para o trabalho na saúde mental exatamente por ser um aspecto que facilmente pode ser encarado como clichê e que intervém profundamente no modo de produzir saúde.

Assim, a realização de um resgate epistemológico do termo desinstitucionalização nos leva a um passeio sobre uma das dimensões que limitam a implementação tanto de um Sistema Único de Saúde (SUS) numa perspectiva descentralizada e participativa, como principalmente em limitações da reforma no âmbito da saúde mental.

A complexidade do termo pode ser exemplificada quando Venturini (2010, p. 143) diz:

Em alguns países houve movimentos que, partindo de experiências práticas de mudança institucional, encontraram seu orgânico e radical desenvolvimento em leis de reforma, e produziram uma nova organização comunitária da saúde mental e um novo paradigma da saúde/doença. Em outros contextos foram realizados, em geral, simplesmente redução de camas nos hospitais psiquiátricos e as altas aconteceram sem significativos processos de reinserção social.

Este autor aponta que o termo revela diversas experiências que guardam entre si um objetivo comum e propõe a sua compreensão enquanto processo - “estágios de evolução” – que classifica como a ‘de hospitalização’, a ‘de habilitação psico/social’,

a ‘inclusão social’ e, por fim, a ‘promoção do valor social’ (VENTURINI, 2010). Essa perspectiva denota-se interessante por favorecer um olhar estratégico sobre o fenômeno.

Contudo, é importante considerar que se por um lado este processo possibilita estímulo ao trabalho que nessa área é marcado pelo estigma de cronicidade-incapacidade, por outro, se não houver compromisso associado ao planejamento e a avaliação de ações e projetos, pode alimentar uma inércia justificada pela lógica de algo que sempre estará para acontecer e, portanto, inatingível.

Tal polissemia do termo é concretizada então em definições do que seja desinstitucionalização, tema estudado por Fuzetti e Capocci (2003), que observando a ótica de autores brasileiros acerca dessa construção num período de 1990 a 2002, encontrou três grandes categorias “Desinstitucionalização como substituição” (uma concepção que segue focada na desospitalização e não se propõe aprofundamento na superação do modelo clínico), “Desinstitucionalização como humanização da assistência” (essa visão oferece um olhar sobre o modelo clínico), “Desinstitucionalização como desconstrução” (este seria a interpretação conceitual de maior complexidade e que apresenta uma discussão mais ampla do tema que envolva a desconstrução de um paradigma, mudança de saberes, até a realização de um novo contrato social).

Percebe-se ainda que o desenvolvimento do termo desinstitucionalização para a saúde apresenta uma circunscrição que tem se delimitado a área da saúde mental, mais especificamente da crítica e tentativa de superação de uma atuação centrada na psiquiatria quanto ao cuidado da pessoa que é diagnosticada com algum adoecimento mental e que tem como origem paradigmática dois aspectos principais: a instituição asilar (“depósitos humanos”) e a clínica psiquiátrica. Bezerra e Dimenstein (2009, p. 17) também colaboram com o entendimento desse aspecto quando falam que:

O manicômio então ganhou respaldo científico e social, tornando-se umas das instituições mais consagradas até a atualidade, principalmente até a IIª Guerra Mundial, quando surgiram inúmeros movimentos de crítica ao Hospital Psiquiátrico pelo seu caráter ineficaz, segregador e iatrogênico. Apontavam para a necessidade de uma reforma e se aglutinavam em dois vetores principais, a saber: a desconstrução do modelo hospitalocêntrico ou desospitalização, representada pela Psiquiatria Comunitária Americana e Psicoterapia Institucional Francesa, e a expansão de uma nova proposta, a de desinstitucionalização, como uma prática que vai além da questão técnica e administrativa do simplesmente “fazer”, produtora de uma

outra realidade e cultura, concebida pela Psiquiatria Democrática Italiana, liderada pelo médico psiquiatra Franco Basaglia.

Diante da compreensão destes elementos que compõem a conjuntura na qual a saúde mental está inserida, é possível observar a evolução normativa que as discussões principalmente das décadas de 70 e 80 – com os movimentos de Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica – possibilitaram no que concerne à constituição de políticas públicas de saúde que intervêm no processo de desinstitucionalização.

No Brasil, o marco fundamental dessa discussão é a Lei 10.216, de 6 de abril de 2001, que ‘dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental’ (AMARANTE, 2007). Ela ficou conhecida como a Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira, independentemente de o projeto inicial ter sofrido perdas em aspirações mais profundas. Contudo, é inegável que ela conseguiu ainda avançar no modelo assistencial e permitiu uma maior fiscalização de órgãos do judiciário sobre a prática nessa área, que pelos aspectos estruturais já mencionados de poder do modelo biomédico favoreciam arbitrariedades as quais infringiam inclusive direitos humanos.

Ainda de acordo com Amarante (2007, p.70), durante o processo de tramitação e debate da lei nacional, “oito leis estaduais e muitas leis municipais foram aprovadas e provocaram o avanço do processo de reforma psiquiátrica no Brasil”. Destes, é possível citar a Lei 9.716 de 7 de agosto de 1992 (Rio Grande do Sul); Lei 12.151 de 29 de julho de 1993 (Ceará); Lei 11.065 de 16 de maio de 1994 (Pernambuco); Lei 6.758 de 4 de janeiro de 1995 (Rio Grande do Norte); Lei 11.802 de 18 de janeiro de 1995 (Minas Gerais); Lei 11.189 de 9 de novembro de 1995 (Paraná); Lei 975 de 12 de dezembro de 1995 (Distrito Federal); e Lei 5.267 de 10 de setembro de 1996 (Espírito Santo).

A partir disso, a responsabilidade pelo cuidado da saúde das pessoas com algum transtorno mental passa a se diluir no espaço social e traz consigo a demanda de discussão e convívio com a diferença. Entretanto, a organização normativa tendo como principal referência a Portaria nº 336 de 19 de fevereiro de 2002, descrevendo a organização de serviços de saúde pública que compõe esse novo modelo assistencial em saúde mental acaba por concentrar nos serviços Centros de Atenção Psicossocial

(CAPS) o compromisso de assumir o enfrentamento a cultura de estigma relativo à população de pessoas em sofrimento/adoecimento mental.

Infelizmente, o avanço que essa medida trouxe tem como efeito colateral uma baixa corresponsabilidade de todo o sistema de saúde com essa temática, mantendo-se ainda o desafio de ampliar a discussão e atenção em saúde aos doentes mentais para todos os níveis de serviços dessa área. Isso principalmente porque o país assume a redução processual de leitos em hospitais psiquiátricos como estratégia de desospitalização, o que favorece tanto um movimento de resistência dos empresários que atuam com esta demanda (eminentemente privada) como também de resistência dos demais equipamentos de saúde em incluir a assistência a essas pessoas na rotina dos serviços.

Os últimos anos têm levado a uma importante retomada quanto à discussão sobre a saúde mental, tendo como principal direcionador o uso/abuso de drogas. A complexidade desse fenômeno permitiu – por associação – uma ampliação em investimentos e ganhos para a saúde mental, donde é possível citar como principais referências normativas ao Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011 (que regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências) e a Portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011 (que institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde).

Diante destas Portarias, a gestão da saúde no Brasil assume a diretriz de ampliação da assistência em saúde mental para os diversos equipamentos que compõe o que se chama de rede assistencial – no caso, a rede de atenção psicossocial. A proposta dessa rede traduz-se num direcionamento jurídico-normativo de como a assistência de saúde mental deve se organizar.

Logo, o balanço da desinstitucionalização pode ser percebido com resultados positivos que são demonstrados por Brasil (2011), no Relatório de Gestão 2007-2010, onde consta que:

- A rede CAPS se expandiu e se interiorizou durante esse período, sendo que ao fim de 2010, 40% dos CAPS estão em cidades de pequeno porte (com menos que 50.000

habitantes) e 58% desses serviços se encontram localizados em municípios com menos de 100.000 habitantes;

- A região Nordeste teve ampliação em oito vezes o seu número de CAPS (inicia o ano de 2003 com 71 serviços e fecha 2010 com 597 CAPS), possuindo ao final desse período uma cobertura semelhante à da região sul do país;
- O Ceará finaliza o ano de 2010 com o indicador de CAPS/100.000 habitantes na proporção de 0,93;
- Durante o período, houve a implantação de 570 Residências Terapêuticas;
- No âmbito hospitalar, estes quatro anos teve como marca a redução de mais 6.832 leitos em hospitais psiquiátricos;
- Mesmo existindo ainda 32.735 leitos em Hospitais Psiquiátricos, destaca-se um novo perfil de hospital psiquiátrico no país, com ampliação de instituições hospitalares de pequeno porte (com até 160 leitos) – perfazendo 48,67% dos leitos existentes;
- O período 2003-2010 levou a indicação de descredenciamento de 29 hospitais pelo PNASH/Psiquiatria, dos quais 15 efetivamente fechados;
- O Programa de Volta para Casa teve reajuste de valor do benefício assim como ampliação significativa de beneficiários, o que permite um apoio para que o cuidado seja fortalecido no espaço comunitário.

Mesmo com todos os resultados concretos dos processos de gestão administrativa do setor, vale citar Amarante (2007, p. 71) quando este lembra que:

Mas, sabemos que falar de cidadania e direitos não basta, como não basta apenas aprovar leis, pois não se determina que as pessoas sejam cidadãos e sujeitos de direitos por decreto. A construção de cidadania diz respeito a um processo social e, tal qual nos referimos no campo da saúde mental e atenção psicossocial, um processo social complexo. É preciso mudar mentalidades, mudar atitudes, mudar relações sociais.

A própria gestão corrobora com este aspecto, quando reconhecem que mesmo com as ressalvas do cenário proporcionado pelo tamanho da nação, “as fragilidades de estrutura, gestão, processo e organização do trabalho, qualidade da clínica, atenção às crises, inserção no território, ação intersetorial, articulação dinâmica com a atenção básica” estão presentes e precisarão ser “enfrentadas no cotidiano da

prática, pelos próprios trabalhadores do SUS e pelas universidades e centros de pesquisa parceiros” (BRASIL, 2011, p. 24).

Diante disso, consideramos o papel da enfermagem como uma profissão da área da saúde que tem sua construção atravessada pela historicidade dos modelos assistenciais com visões diferenciadas sobre o cuidado as pessoas com transtornos mentais e que assume na sociedade um papel de organização que deve estar comprometido com a assistência à saúde de qualidade, a defesa da cidadania e a garantia de direitos sociais.

Não obstante, a discussão do papel da enfermagem na psiquiatria/saúde mental é algo antigo. Tendo em vista a peculiar relação da profissão com a doença e com a profissão médica, o processo de discussão e construção do objeto de trabalho da profissão segue ainda se aperfeiçoando e, fundamentalmente, após a ampliação do contexto de cuidado para além da instituição hospitalar e com um cenário relativamente similar ao retratado por Stuart (2001, p. 33) quando refere que já em 1951 se identificavam como problemas relativos à enfermagem psiquiatria: “a escassez de enfermeiros psiquiátricos qualificados; a subutilização de suas capacidades; e o fato de que ‘pouca enfermagem psiquiátrica é de fato realizada em hospitais e unidades psiquiátricas de outro modo adequadas’”.

Villela e Scatena (2004) fazem um resgate historiográfico do cuidado de enfermagem na saúde mental e demonstram referências ícones na construção de um cuidado profissional dessa categoria principalmente construída a partir do trabalho no espaço hospitalar e ao chegar à discussão sobre o modelo de saúde mental comunitário, apresenta desafios na consolidação da prática nessa perspectiva, quando dizem que

(...) a nova visão de saúde mental exige superar obstáculos, recusa o determinismo e a cristalização de conhecimentos, devendo os profissionais comprometer-se com o projeto de transformação da assistência a partir da transformação de si mesmos e consolidar a prática em equipe, buscando a integração e a distribuição de poder (VILLELA; SCATENA, 2004, p. 740).

Essa realidade torna-se mais compreensível quando se observa que “a identidade profissional do enfermeiro advém de uma formação muito centrada no modelo biomédico, o que faz, no nosso entender, o aluno concluir o curso de graduação com uma visão reduzida, acreditando que vai cuidar somente do corpo doente (CAMPOY; MERIGHI e STEFANELLI, 2005, p. 171)”. Desse modo, resta ao

enfermeiro na construção cotidiana do seu agir profissional refletir sobre suas ações e discutir colaborando com a construção de conhecimentos para que seja possível favorecer tanto o desenvolvimento do cerne de sua categoria, mas principalmente permita qualificar a assistência prestada por todos os profissionais.

Logo, a interrelação entre a necessidade de colaborar com o cenário social de fortalecimento dos ideais da assistência em saúde mental – que preconize a cidadania e a convivência com a diferença – e a construção de novos saberes para a enfermagem a área da saúde mental; pensamos necessário discutir no espaço da desinstitucionalização a atuação do enfermeiro frente à implementação do dispositivo “Residência Terapêutica”.

2. OBJETIVOS

2.1. GERAL

Descrever a intervenção de apoio institucional para implantação da Residência Terapêutica da Secretaria Executiva Regional V com foco no cuidado de enfermagem.

2.2. ESPECÍFICOS

- Apresentar o processo de transição dos usuários para a residência;
- Observar os aspectos relativos ao lugar do cuidado de enfermagem no processo de implantação de uma Residência Terapêutica;
- Relatar a experiência da enfermagem na abordagem e participação na elaboração de projetos terapêuticos aos usuários institucionalizados;
- Avaliar os enfrentamentos da prática de enfermagem como referência para os cuidadores.

3. UM OLHAR SOBRE A HISTÓRIA DA INSTITUCIONALIZAÇÃO NA SAÚDE MENTAL COM FOCO NOS MORADORES DE HOSPITAL PSIQUIÁTRICO

A saúde mental constitui-se num tema de grande importância para o mundo contemporâneo por responder atualmente por 12% do peso mundial das doenças, sendo que: os orçamentos destinados a esta área na maioria dos países representam menos de 1% dos seus gastos totais com a saúde, mais de 40% dos países têm falta de políticas de saúde mental e mais de 30% dos países não possuem programas nessa esfera (OMS, 2002).

A Organização Mundial de Saúde – OMS (2002) ainda neste Relatório de Saúde Mental, em seu capítulo 2 intitulado “O peso das perturbações mentais e comportamentais”, traz um aprofundamento nos dados epidemiológicos dos transtornos/sofrimento mental em todo mundo tendo como referência, no Brasil, a cidade do Rio de Janeiro. Observa-se aí, que existe uma prevalência de cerca de 10% de “perturbações” mentais entre os adultos, sendo elas descritas como: “perturbações depressivas, unipolares, perturbações afectivas bipolares, esquizofrenia, epilepsia, problemas devido ao abuso do álcool e de determinadas drogas, doença de Alzheimer e outras demências, pós-*stress* traumático, perturbação obsessiva e compulsiva, pânico e insônia primária”.

Entretanto, é interessante perceber que apesar de toda essa compreensão da extensão dessa problemática na sociedade, a Organização Mundial de Saúde não apresenta uma definição específica para saúde mental e, na verdade, a própria definição de saúde proposta por esta instituição e que engloba os aspectos subjetivos do sujeito enfrenta hoje críticas uma vez que é posta como utópica e distante de uma aplicação prática.

Por outro lado, a Secretaria de Saúde do Paraná (2009) traz um conceito para saúde mental como sendo:

(...) o equilíbrio emocional entre o patrimônio interno e as exigências ou vivências externas. É a capacidade de administrar a própria vida e as suas emoções dentro de um amplo espectro de variações sem, contudo, perder o valor do real e do precioso. É ser capaz de ser sujeito de suas próprias ações sem perder a noção de tempo e espaço. É buscar viver a vida na sua plenitude máxima, respeitando o legal e o outro.

Vale então salientar que nem sempre se falou no processo saúde/doença mental porque historicamente a figura do louco já representou para a sociedade muito mais que um doente e em muitos momentos em perspectivas antagonicamente extremas: “de demônios a endeusados, de comédia e tragédia, de erro e verdade (AMARANTE, 2007)”.

Foucault (2001), autor de referência na discussão e (re)visão do espaço e abordagem sobre as afecções mentais, faz uma importante contextualização histórica que nos leva a refletir acerca da necessidade de se ampliar o olhar sobre o cuidado em saúde mental, quando diz:

Antes do século XVIII, a loucura não era sistematicamente internada, e era essencialmente considerada como uma forma de erro ou de ilusão. Ainda no começo da idade clássica, a loucura era vista como pertencendo às quimeras do mundo; podia viver no meio delas e só seria separada no caso de tomar formas extremas ou perigosas. Nestas condições compreende-se a impossibilidade do espaço artificial do hospital em ser um lugar privilegiado, onde a loucura podia e devia explodir sua verdade. Os lugares reconhecidos como terapêuticos eram primeiramente a natureza, pois que era a forma visível da verdade; tinha nela mesma o poder de dissipar o erro, de fazer sumir as quimeras. As prescrições dadas pelo médico eram de preferência a viagem, o repouso, o passeio, o retiro, o corte com o mundo vão e artificial da cidade. Esquirol ainda considerou isto quando, ao fazer os planos de um hospital psiquiátrico, recomendava que cada cela fosse aberta para a vista de um jardim (FOUCAULT, 2001, p.120-121).

Desse modo, é que se reconhece a importância – embora relativa – da convergência da história da loucura com o advento dos hospitais e o processo de aproximação do homem desse fenômeno de forma menos empírica e mais “científica”. Em parte, porque o racionalismo puro acaba tendo como um efeito colateral para o sujeito que sofre com algum transtorno mental o achatamento da sua existência a um diagnóstico e com isso uma fragmentação corpo/mente que favorece sua invisibilidade social.

Capra (1999, p. 136) mostra esse cenário de relevância qualitativa no tratamento dos transtornos mentais construído pelo arcabouço da psiquiatria quando diz que:

A orientação orgânica em psiquiatria resultou na transferência de conceitos e métodos que foram considerados úteis no tratamento de doenças físicas para o campo dos distúrbios emocionais e comportamentais. Como se acredita que esses distúrbios se baseiam em mecanismos biológicos específicos, dá-se grande ênfase ao estabelecimento do diagnóstico correto usando um sistema reducionista de classificação. Embora essa abordagem tenha fracassado para a maioria dos distúrbios mentais, ainda é amplamente adotada na esperança de que se encontre, enfim, os mecanismos específicos de causação da doença e os correspondentes métodos específicos de tratamento para todos os distúrbios mentais.

Por outro lado, ampliando esta compreensão sobre o momento em que o “louco” e a ciência se encontram no espaço institucional do hospital e seus antagonismos, Foucault mostra que essa história não foi só construtiva para este sujeito, uma vez que o mesmo acaba sofrendo um “silenciamento” e se estabelece uma relação com a figura do médico na perspectiva de cristalização de uma cultura de poder dentro dos espaços asilares que extrapolava em vários momentos o caráter terapêutico. Tal realidade é denunciada quando ele diz:

Assim se estabelece a função muito curiosa do hospital psiquiátrico do século XIX: lugar de diagnóstico e de classificação, retângulo botânico onde as espécies de doenças são divididas em compartimentos cuja disposição lembra uma vasta horta. Mas também espaço fechado para um confronto, lugar de uma disputa, campo institucional onde se trata de vitória e submissão. O grande médico do asilo — seja ele Leuret, Charcot ou Kraepelin — é ao mesmo tempo aquele que pode dizer a verdade da doença pelo saber que dela tem, e aquele que pode produzir a doença em sua verdade e submetê-la, na realidade, pelo poder que sua vontade exerce sobre o próprio doente (FOUCAULT, 2001, p.122).

Todavia, é interessante pensar que a prática médica no campo da psiquiatria, mesmo sendo estruturada tendo como base o adoecimento e direcionando-se para o orgânico, não se operacionaliza de maneira uniforme e chega um momento em que os próprios profissionais passam a divergir sobre a forma de tratamento relativo ao usuário com transtorno mental, o que também contribui inegavelmente em se propor e buscar construir um novo paradigma que está para além do campo da psiquiatria, qual seja, o da saúde.

Assim, discutindo-se os avanços e retrocessos durante a construção e organização de um método de tratamento para as pessoas com transtornos mentais é que foi possível internamente na própria psiquiatria se estabelecer uma crítica que também passa a ser um amplo movimento de outros trabalhadores da saúde, pacientes e

familiares no sentido de reconhecer os direitos humanos das pessoas que demandam algum tipo de sofrimento mental, o respeito às diferenças, a negação da impunidade aos maus tratos que ocorriam nos hospitais psiquiátricos e o estabelecimento de novos modelos em saúde mental. Tal movimento é conhecido como reforma psiquiátrica.

Foucault apud Freitas (2004, p. 77), em 1961, é quem já dizia e mostrava a necessidade de mudança de paradigma na saúde mental para (re)tomarmos um processo de humanização da pessoa com algum sofrimento psíquico:

O homem moderno não se comunica mais com o louco: de uma parte há o homem da razão, que delega a loucura ao médico e que autoriza apenas a relação com a universalidade abstrata da doença; de outra parte há o homem da loucura, que se comunica com o outro apenas por intermédio de razões tão abstratas como são a ordem, coação física e moral, pressão anônima do grupo e a exigência de conformidade.

Evidentemente, esse movimento crítico não aconteceu isoladamente no campo “psi”, ele vai estar agregado e ganha força junto a outros movimentos em que se repensa a forma de olhar o processo saúde/doença nos diversos âmbitos da sociedade e que não conseguiam ser exitosos dentro de um modelo econômico liberal ou neoliberal. Mas é nessa conjuntura que se percebe que a questão da saúde/doença mental não é exclusiva de uma pequena parcela da população e sim um componente que afeta uma grande massa produtiva e reflete na produção econômica por meio de gastos com os direitos trabalhistas, a reposição da mão de obra e a manutenção de uma massa “improdutiva” (HELOANI e CAPITAO, 2003; SATO e BERNARDO, 2005; MACÊDO, 2004; BRASIL, 2009).

O importante, todavia, é que assim finalmente se estabelece uma contestação ao espaço totalitário do manicômio que marginaliza o sujeito; torna-o invisível, destituindo-o de todos seus direitos enquanto cidadão; que submete a tratamentos de todos os tipos, numa perspectiva repressora e ordenadora para adaptá-lo ao que o modelo político econômico mundial demanda – a adaptação ao trabalho e produção; tudo isso sendo instituída a um profissional a irrestrita liberdade sobre o destino de outrem.

Apresentam-se, nesse sentido, dois elementos que se encerram na estrutura histórica do manicômio e dos hospitais psiquiátricos – modelos de saúde centrados em

hospital extremamente especializados – e que os tornam obsoletos para uma nova perspectiva de saúde: a falta de integralidade do cuidado nesses espaços, uma vez que essa especialização desconsidera que as demandas do sujeito estão num âmbito por vezes bem mais amplo do que os sintomas apresentados e que são base para a estruturação nosológica do fazer psiquiátrico; e a limitação na autonomia dos sujeitos internados e que cristaliza estigmas nesta instituição e na sociedade que paradoxalmente dificultam a esses sujeitos a formação de recursos para sua vida em sociedade no tocante a comunicação e relacionamento social.

Portanto, é nessa expansão da discussão da saúde mental como núcleo de prática de diversas profissões e fortalecida com a reforma psiquiátrica que se promoveu um desvelamento sobre questões do sofrimento subjetivo ao qual qualquer pessoa está suscetível, conseguindo levar essa temática para além das especificidades de pacientes com transtornos mentais graves ou persistentes que se pensava ser os únicos a necessitar de uma abordagem terapêutica, mesmo sendo esta de reclusão em instituições hospitalares “apropriadas”. Passou a divulgar essa questão como algo muito mais próximo de todas as pessoas, uma vez que autoriza o sujeito a suas vivências de sofrimento psíquico sem que necessariamente isso seja o decreto de sua “irrecuperável insanidade”. E, principalmente, pode propor um arcabouço terapêutico de modo a contribuir com a prevenção, promoção da saúde e reabilitação psicossocial numa perspectiva inclusiva e cidadã.

É a partir de então que ganha força a necessidade de se discutir a temática desinstitucionalização, a qual define esse novo olhar na saúde mental. De acordo com Oliveira e Fortunato (2007, p. 158), essa é uma nova noção desenvolvida por Franco Basaglia cuja égide se dá no conceito de desconstrução que vai para além dos manicômios e se estende a saberes e estratégias que focam o objeto abstrato “doença”; refere-se a um processo de invenção de novas possibilidades de assistência “fundamentadas não mais ao objeto fictício, a ‘doença’, mas à ‘existência-sofrimento do paciente e sua relação com a sociedade’”.

A desinstitucionalização resgata os aspectos complexos do fenômeno da inclusão da “loucura” como constituído pelos aspectos biopsicológico, político, cultural e social. Em relação aos aspectos biopsicológicos, esse foi o que fortemente centralizou

a questão a partir do advento do hospital e que já observamos que permitiu um salto qualitativo no espectro terapêutico do usuário com alguma demanda grave de adoecimento psíquico.

No campo político, o próprio movimento de reforma psiquiátrica representou o pontapé que deflagrou uma série de outros processos. Cabe ressaltar que o caminho percorrido pela reforma psiquiátrica não foi tão simples. Afinal, tratava-se inicialmente de um campo cuja referência era uma parcela da população que estava longe de ser reconhecida como cidadãos. Portanto, foi importante para este processo de reforma buscar apoio em muitos momentos em outros movimentos que surgiam com a proposta de repensar a saúde e os paradigmas até então estabelecidos. No tocante ao Brasil, um movimento que possibilitou a facilitação do processo de luta antimanicomial foi à reforma sanitária, que teve como construção final a proposta do Sistema Único de Saúde (SUS) (LUZIO e L'ABBATE, 2006).

De acordo com Andrade, Barreto e Fonseca (2004), a história de construção do SUS no Brasil iniciou-se numa discussão teórica com produções discursivas baseado no movimento da década de 70 que continha como eixo teórico o materialismo dialético. Eles lembram que nessa época o cenário brasileiro consistia no autoritarismo da ditadura. Apenas na década de 80, com a junção do acúmulo das discussões realizadas na década de 70 e com o processo de redemocratização brasileiro pôde-se estabelecer uma crítica ao “modelo assistencial-privatista fragmentado” que até então consistia no modelo hegemônico.

A partir disso, e apesar das influências nacionais e internacionais numa época de crise capitalista, foi possível “firmar o SUS no arcabouço jurídico-normativo do Brasil na Constituinte de 1988”. Lamentamos apenas que todas essas influências e o tempo levado para se aprovar o SUS deixou pelo caminho muitas das propostas vanguardistas centradas no usuário, passando a constituir-se como uma mesclagem entre interesses neoliberalistas e de priorização das demandas sociais.

A retomada da caminhada no sentido da reforma após este período traz uma marca distintiva e esta reside no fato de que, “nas últimas décadas, a noção de reforma ganha uma inflexão diferente: a crítica ao asilo deixa de visar seu aperfeiçoamento ou

humanização, vindo a incidir sobre os próprios pressupostos da psiquiatria, a condenação de seus efeitos de normatização e controle (TENÓRIO, 2002, p. 27)”. Pode-se, então, denominar tal emblema como a luta pela cidadania das pessoas que vivem com algum sofrimento.

A Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (2003) traz também um resgate da história da saúde mental num paralelo ao movimento de reforma sanitária que culminou com a implantação do SUS. Neste resgate, refere-se que desde o final da década de 70 havia sinais de esgotamento da prática manicomial centrada na exclusão dos sujeitos do convívio social.

A partir da redemocratização, as péssimas estruturas dos hospitais foram denunciadas pelos próprios trabalhadores. Durante a década de 80, tem-se como marcos de conquista para esta luta a realização da I Conferência Nacional de Saúde Mental e o II Encontro Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental, nos quais se tem como conquistas principais, respectivamente, o primeiro consenso mínimo entre os técnicos pela necessidade do modelo de assistência psiquiátrica e o envolvimento de outros setores da sociedade civil na luta deflagrada pelos técnicos.

Já na década de 90, os ganhos foram ampliados com a realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental, na qual passou a incluir como participantes os usuários, os trabalhadores e os prestadores de serviço com o objetivo de discutir a reestruturação da atenção à saúde mental no Brasil, dentro dos princípios da municipalização e da cidadania dos doentes mentais.

De modo semelhante à mudança na estrutura da saúde com a implementação do SUS, na reforma psiquiátrica um novo modelo de cuidados aos usuários com sofrimento mental é proposto.

Algumas pessoas podem reduzir esta transformação à centralização dos cuidados em saúde mental ao serviço proposto como Centro de Atenção Psicossocial, assim como é comum também se fazer no tocante ao SUS e a Estratégia de Saúde da Família, mas o ideário em ambos os casos é ainda maior. O que se tenta implementar é um novo modelo de saúde cujas mudanças podem ser pensadas em duas esferas: numa esfera macro com a consolidação de uma clínica ampliada e humanizada, permitindo a

compreensão da multidimensionalidade da questão saúde, assim como a substituição da idéia de um serviço de saúde resolutivo por uma rede de atenção à saúde; e em nível micro, a superação da hegemonia da proposta médico-centrada por uma valorização de um trabalho de saúde em equipe com uma atuação interdisciplinar.

Oliveira (2008, p. 25) diz que:

(...) o projeto de saúde mental, sustentado pela rede de serviços de saúde mental em parceria com as equipes de saúde da família, tem incrementado e ampliado as ações na rede básica, contribuindo para uma mudança da posição ética e política dos profissionais em relação a esse paciente.

Após uma passagem pelos dois outros aspectos da desinstitucionalização, chegamos então ao desafio posto para a atualidade: os aspectos cultural e social. Eles demonstram ser o elemento que contribuirá verdadeiramente com o aprofundamento e consolidação de todo o histórico posto de construção de um novo paradigma não só de saúde, mas social.

Alverga e Dimenstein (2006) trazem algumas discussões sobre esta temática em seus trabalhos e quando discutem a questão da desinstitucionalização da loucura na perspectiva da reforma psiquiátrica, citam que:

Eles (*desejos de manicômio*) se expressam através de um desejo em nós de dominar, de subjugar, de classificar, de hierarquizar, de oprimir e de controlar. Esses manicômios se fazem presentes em toda e qualquer forma de expressão que se sustente numa racionalidade carcerária, explicativa e despótica. Apontam para um endurecimento que aprisiona a experiência da loucura ao construir estereótipos para a figura do louco e para se lidar com ele. (Machado & Lavrador apud ALVERGA e DIMENSTEIN, 2006, p.46).

Baseado nisso, percebe-se que para a nossa caminhada frente a esse dilema atual no sentido de um salto qualitativo do movimento de reforma psiquiátrica, desinstitucionalização da loucura e realmente se implementar a reabilitação/inclusão social, é preciso que façamos também uma evolução quântica no tocante as construções históricas que permeiam as relações sociais construídas no mundo Ocidental que de modo geral tendem a um individualismo e esgaçamento das teias sociais (SENNET, 2012); assim como especificamente na saúde mental “estabeleceu-se estruturalmente na tradição cultural e histórica do Ocidente quando, num lance decisivo, o campo da loucura foi transformado no campo da enfermidade mental, na aurora do século XIX (Birman, 1992 apud ALVERGA E DIMENSTEIN, 2006)”, instituindo-se o senso

comum de positividade a ilusão constitutiva da psiquiatria como saber no nosso imaginário.

Enquanto essa mudança paradigmática acontece, amplia-se a dívida social com uma parcela específica dos usuários internados e institucionalizados em hospital psiquiátrico, qual seja os moradores de hospital psiquiátrico. Um exemplo disso são casos clássicos como o Hospital Psiquiátrico São Pedro e o Hospital de Trieste que em seu fechamento deixaram claro o papel institucionalizador e desfocado da saúde, sendo como feudos que se constituíam espontaneamente, onde a moeda de troca é a autonomia trazida pelos sujeitos.

Baseado nisso, é que temos a compreensão na perspectiva de luta pelos Direitos Humanos destes cidadãos e se passa a estabelecer um conjunto de dispositivos legais para proteção dos direitos básicos que foram negados a esses pacientes de longa permanência em hospital psiquiátrico: a liberdade. Atualmente, temos a Portaria no. 106, de 11 de fevereiro de 2000 que institui os serviços residenciais terapêuticos como espaço de reconstrução dessa reinserção social/comunitária e a Portaria nº 2077/GM, de 31 de outubro de 2003, que regulamenta o benefício “De Volta Para Casa” que permite um apoio financeiro para apoiar na reconstrução de anos de cronificação.

É necessário, por fim, que haja um conjunto especial de profissionais que possam ajudá-los a reconstruir a vida em sociedade que foi suspensa durante a internação em hospital psiquiátrico. Tais profissionais precisam estar, mais que todos os outros profissionais que trabalham com a demanda de sofrimento psíquico, imbuídos de sensibilidade com a lógica do acompanhamento no espaço do território, os benefícios que esse convívio social traz para a ampliação do leque de respostas adaptadas a cooperação e construção de laços familiares, a sensibilidade em identificar e evitar as ações estigmatizadoras, o reconhecimento de potencialidades do outro e a paciência para acompanhar o desenvolvimento em diversidade.

A residência terapêutica no espaço política da reforma

4. MÉTODO

A implantação de uma residência terapêutica¹ (RT) consiste em muito mais que a simples deliberação de governo pela implantação de um novo equipamento em determinado território. Antes, trata-se de uma decisão política por intervir sobre um modelo que provocou o aprisionamento e a negação da identidade de um grande número de sujeitos que foram mantidos nos hospitais psiquiátricos por uma vida.

Essa perspectiva intensifica, então, a compreensão acerca da relevância da RT também como uma tentativa de minimizar a dívida social em relação a estas pessoas que se encontram internadas em instituições psiquiátricas à revelia da necessidade deste nível de atenção para o cuidado da sua saúde, simplesmente devido a intolerância à diversidade e a dificuldade de se pautar a inclusão como temática para uma discussão ampla por parte do ente público.

A partir do movimento de reforma psiquiátrica, o arcabouço legal constituído no âmbito desse campo, favorece a instituição de políticas públicas voltadas para esses moradores de hospitais psiquiátricos, a quem a Portaria nº106, de 11 de fevereiro de 2000, em seu art. 1º, parágrafo único, trata como sendo “portadores de transtornos mentais, egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, que não possuam suporte social e laços familiares”.

Tais aspectos demonstram a situação dessa questão como uma discussão marcadamente do campo das ciências sociais. De acordo com esta ótica, o presente trabalho se consistiu numa pesquisa-intervenção na qual é relatada a experiência de apoio institucional para implantação de uma Residência Terapêutica no território da Secretaria Executiva Regional V, no município de Fortaleza-Ceará. O foco da intervenção e reflexões toma o lugar da enfermagem na efetivação deste processo.

¹ As residências terapêuticas tem como arcabouço regulamentar: a Portaria nº 106, de 11 de fevereiro de 2000, a qual “institui os Serviços Residenciais Terapêuticos”; a Portaria nº3090, de 23 de dezembro de 2011, a qual modifica a portaria de instituição dos SRTs e “estabelece que os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs), sejam definidos em tipo I e II, destina recurso financeiro para incentivo e custeio dos SRTs, e dá outras providências; e pela Portaria nº 857, de 22 de agosto de 2012, que inclui os SRTs na tabela de Serviços Especializados do sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.

Cabe ressaltar que a pesquisa-intervenção “constitui-se como uma crítica a políticas de pesquisa positivista, afirmando o ato político em que consiste toda investigação (DIAS, 2011, p. 277)”. Rocha e Aguiar (2003) discute em seu artigo “Pesquisa-intervenção e a produção de novas análises” as convergências e divergências desse tipo de pesquisa em relação às classificadas como participativas e conclui que ela está baseada na compreensão de outra relação entre teoria e prática que desconstrói a ideia do imediatismo de resultados e amplia as condições de um trabalho compartilhado.

Logo, esse tipo de pesquisa tem como norteadores – “mudança de parâmetros de investigação no que tange à neutralidade e à objetividade do pesquisador, acentuando-se o vínculo entre gênese teórica e social, assim como a produção concomitante do sujeito e do objeto, questionamento dos especialismos instituídos, ampliando as análises [...] ao microsocial (ROCHA; AGUIAR, 2003, p. 71)”. Destarte, as autoras enfatizam o aspecto dinâmico sobre a relação pesquisador/objeto e que o caminho da pesquisa acaba sendo determinado/produzido pelo grupo envolvido.

A escolha da tipologia deste trabalho dialoga de modo convergente com o lugar que ocupava em relação ao objeto de estudo, uma vez que ao mesmo tempo em que proponho uma ação de apoio institucional, minha formação é de graduado em enfermagem e encontrava-me exercendo a função de coordenador regional de saúde mental. Estes papéis acabam por me colocar numa posição peculiar para perceber o fenômeno de instituição da RT e o cuidado de enfermagem nesse processo.

A partir desse pensamento é que a imersão no campo trazendo como foco o apoio institucional, relaciona-se como uma “(...) estratégia de fomento à gestão compartilhada dos processos de trabalho exercida nas práticas cotidianas concretas e que parte da premissa de que todo trabalhador é gestor do seu trabalho (BARROS; GUEDES e ROZA, 2011, p. 4807)”.

Brasil (2010, p. 148) expressa a representatividade do apoio institucional como estratégia para o campo das políticas públicas de saúde, incluindo-a como parte da discussão da Política Nacional de Humanização e situa sua inter-relação com a pesquisa-intervenção quando afirma que:

Referenciado na pesquisa-intervenção, o princípio norteador de um apoio institucional assim concebido é o de que a aproximação com o

campo inclui, sempre, a permanente análise do impacto que as cenas vividas/observadas têm sobre a história do apoiador e sobre o sistema de poder que legitima o instituído, incluindo aí o próprio lugar de saber e estatuto de poder do “perito” (apoiador que poderia ser um pesquisador, consultor, gestor, assessor etc.). Dito de outra forma, o apoiador institucional sabe que sua função não é neutra, nem se exerce sem mexer em cada um dos locus de poder/saber tão arraigados nas estruturas organizacionais em que atuam. Por sabê-lo, faz dos efeitos de sua própria implicação com o coletivo “apoiado” um dos analisadores do processo de trabalho coletivo.

Barros, Guedes e Roza (2011, p. 4805) complementam esta ideia quando dizem que

O sentido da prática do apoio institucional está no acompanhamento e na construção dos processos/percursos dessa transformação, colocando-se o apoiador “ao lado” dos sujeitos que vão experimentar/produzir as mudanças. Partindo da compreensão de que toda mudança nas práticas de saúde envolve análise dos processos de trabalho, o método do apoio propõe colocarem análise as formas como o trabalho vem sendo organizado, de modo autoritário em suas diversas maneiras de centralismos — por corporação, por modelo reduzido de saúde, por modelos verticais de gestão, por terceirizações, — fomentando relações violentas no trabalho.

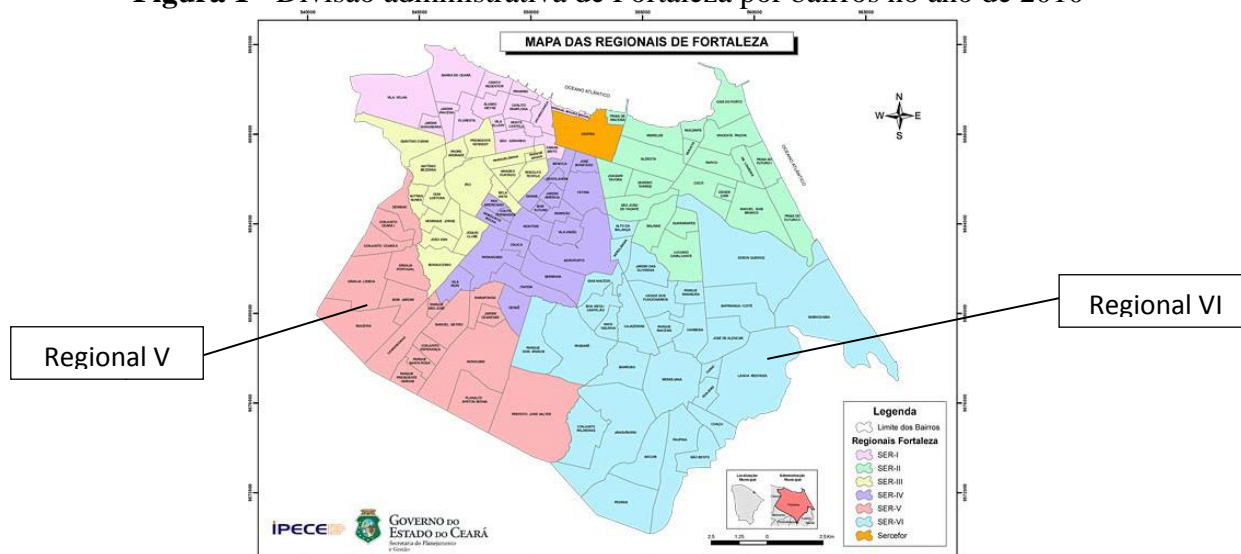
Assim, a escolha deste lugar de apoio institucional afina-se com a proposta de trabalho na saúde mental, uma vez que ainda conforme Barros, Guedes e Roza (2011) este “trabalha com sujeitos coletivos”, sendo dessa forma um promotor da coletividade nos espaços que apoia.

O território da Secretaria Executiva Regional V, espaço onde se encontra o CAPS geral V e a residência em questão, consiste em um território cujas principais características são: apresentar dimensões municipais (com uma área territorial de 6.334,70 Km²) e congregar grandes discrepâncias sócio-demográficas.

Levando em consideração estas características, vale salientar três aspectos que refletem diretamente nos indicadores de saúde desse território, a saber:

1. A densidade demográfica, que é da ordem de 83,65 habitantes/Km² (BRASIL et.al., 2011):

O mapa 1 pode dar uma ideia dessa densidade, considerando que a regional V (localizada na área sudoeste do mapa) e regional VI (localizada na área sudeste do mapa) possuem população similar – e as maiores em número no município. Todavia, ela apresenta uma área territorial visivelmente menor que a regional VI.

Figura 1 - Divisão administrativa de Fortaleza por bairros no ano de 2010

Fonte: Elaboração IPECE.

Essa densidade é relevante na medida em que influenciará diretamente a saúde – principalmente em situações de doenças transmissíveis – como também indiretamente, tendo em vista os determinantes sociais que aí estão implicados, tais como: moradia, saneamento, lazer, cultura, trabalho, emprego e renda.

2. O território tem como predomínio áreas de baixa renda *per capita*:

A tabela 2, demonstra de forma geral a renda em relação a população do município.

Tabela 1. Distribuição da Renda e da População por Regionais Administrativas de Fortaleza.

SER	Número de Bairros	População	%	Renda Média	Rk
I	15	363912	14,8	587,7	5
II	21	363406	14,8	1850,1	1
III	16	360551	14,7	658,0	4
IV	20	281645	11,5	845,2	2
V	18	541511	22,1	471,7	6
VI	29	541160	22,1	715,4	3

Fonte: Censo Demográfico 2010 do IBGE. Elaboração: IPECE.

O Medeiros e Feijó (2012) mostram os dez bairros com menor renda média pessoal no município de Fortaleza, que são: Conjunto Palmeiras, **Parque Presidente Vargas**, **Canindezinho**, **Siqueira**, Genibau, **Granja Portugal**, Pirambú, **Granja**

Lisboa, Autran Nunes, e **Bom Jardim**. Destes, observa-se (em negrito) que seis estão localizados na Secretaria Executiva Regional V.

O baixo rendimento da população desse território tende a demonstrar a maior dependência da população do sistema de serviços públicos de saúde, além de maior dependência do ente público quanto ao apoio em relação às demandas sociais básicas.

3. O quantitativo de áreas de risco perfaz cerca de 69% das microáreas da regional.

Essa característica relaciona-se com os elementos anteriores apresentados e comprova que a maioria da população apresenta uma situação de vulnerabilidade social importante e que tende a tornar mais complexo o enfrentamento de situações de saúde-doença que tenham maior relação com o contexto social.

Assim, os gestores regionais e locais enfrentam um desafio que tende a exigir um esforço estruturado para evitar que o sistema de serviços tenha como foco apenas no imediatismo de ações, ou seja, “apagar fogo”. Dessa maneira, vale também ressaltar alguns outros elementos envolvidos na questão do álcool e outras drogas como justificativa para a importância do planejamento na saúde mental.

Inicialmente, é significativo ter em mente que o principal equipamento da rede assistencial de saúde mental para atender essa demanda é o Centro de Atenção Psicossocial geral (CAPS geral). Este serviço é regido atualmente pelas Portarias nº 336/2002 e nº 3088/2011, que trata da cobertura populacional para esta modalidade de serviço de modo muito amplo, sendo sugerido um CAPS geral tipo II para atendimento em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes e um CAPS geral tipo III para municípios ou regiões com população acima de 200.000 habitantes.

Observa-se que o desafio denota-se intenso, considerando que a Portaria nº 336/2002 estabelece como funções deste serviço (além da assistência): responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território; possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial (...); e supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial.

Logo, a realidade de um serviço CAPS geral tipo II para uma regional com uma população com mais de 500.000 habitantes representa um contexto *a priori* para além da capacidade operacional de um quantitativo de profissionais que perfaz menos de duas equipes mínimas, conforme o que é preconizado pelos dispositivos normativos.

No tocante aos sujeitos participantes deste relato, estes conformam dois grupos que interagem entre si. Primeiramente, posso citar os profissionais do Centro de Atenção Psicossocial Geral, principalmente as enfermeiras – foco de observação neste momento – que são em número de duas e totalizam uma carga horária de 60 horas/semana desta categoria profissional no serviço. Vale salientar que estas possuem experiência de, no mínimo, dois anos de trabalho em CAPs, sendo que uma delas já havia assumido a função de coordenadora de serviço no CAPs geral em outra regional do município onde foi implantado o primeiro SRT.

Em seguida, temos os cuidadores da RT que eram em número de oito e que cumprem uma escala de trabalho de plantonistas. O grupo de cuidadores era eminentemente feminino, havendo apenas um homem como plantonista noturno, e apresentavam grande diversidade de habilidades entre si. De modo geral, não eram pessoas com qualificação profissional de cuidadoras, mas foi possível pactuar a contratação dos mesmos de modo que uma das características relevantes fosse também residentes no território da regional V, pensando-se na facilidade do processo de inserção social dos moradores. Convém lembrar acerca destes profissionais, que: uma era técnica de enfermagem com experiência em CAPS geral, uma possuía experiência no trabalho na saúde mental como apoio administrativo, uma também cuidava de um familiar com transtornos mentais, um tinha experiência no cuidado com idosos, e as demais não possuíam experiência alguma no cuidado com populações específicas.

Neste sentido, o tempo de experiência considerado para efeitos desse trabalho foi de sete meses a partir de setembro de 2012.

Para registros dos dados, foi utilizado um diário de campo e observação participante. A intervenção inicia-se com a pactuação desta instituição no território a partir da gestão e também com os profissionais. Segue-se pelo processo de implantação da residência e finaliza com a experiência prática no cotidiano dos primeiros meses de prática com o SRT em funcionamento.

Para efeitos compreensivos, cabe lembrar que a “observação participante foi introduzida na pesquisa social pelos antropólogos no estudo das chamadas ‘sociedades primitivas’. A partir daí passou a ser utilizada também pelos antropólogos nos estudos de comunidades e de subculturas específicas (GIL, 1999, p. 113)”. Baseado nisso, acredito que a observação dessa comunidade específica que se encontra no território da regional V e que se trata mais estritamente dos sujeitos em interação nos dispositivos de saúde mental permitiram uma minimização dos pontos negativos relativos a essa técnica. Ademais, tendo em vista que se utilizou uma observação em sua forma natural, a que o Gil (1999) considera menos problemática que a artificial, ampliou-se a combinação da estratégia com a realidade de meu pertencimento ao grupo investigado. É possível, inclusive, entender minha observação como descritiva que, de acordo com Minayo (2010, p. 194), “se realiza de forma totalmente livre, embora o investigador de campo deva estar focalizado no que constitui seu objeto de estudo”.

Uma vez sendo escolhida a observação participante como estratégia, o diário de campo se tornou imprescindível como instrumento de organização para sistematização de todas as informações que não se dão por meio de entrevistas formais, incluindo observações sobre conversas informais, comportamentos, (...), gestos, expressões relacionadas ao estudo (MINAYO, 2010).

A apresentação e discussão do processo de apoio institucional consistiu em uma narrativa estruturada em três partes: a construção do fazer parte dessa estratégia (“A estrutura da Residência Terapêutica: do “fazer parte” às primeiras ações”); a implantação propriamente dita do SRT (“A alma da Residência Terapêutica: e de mim, quem cuida?”); e histórias que levam a refletir sobre o cotidiano da convivência e cuidado no SRT (“Vivenciar a Residência Terapêutica: causos e percalços”). A discussão dos achados é feito à luz da literatura revisada.

Quanto aos aspectos éticos, primou-se pela adoção de codinomes para os participantes, assim como os princípios de respeito às pessoas, beneficência e justiça.

5. A ENFERMAGEM NO PROCESSO DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO: reflexões a partir de uma intervenção

Por princípio, a prudência me leva a apresentar esta discussão como um espaço de compromisso e fidedignidade em relação a experiência vivida junto às pessoas que compõem o território de implantação do Serviço Residencial Terapêutico (SRT), sendo apenas um olhar sobre esta realidade. Isto porque observo alguns vieses que tendem a permear a construção do discurso que trago e que não é meu, senão por sua apropriação, a partir do momento que historicamente me atravessa e colabora com a construção de minha identidade² e, conseqüentemente, com minha forma de agir no mundo. Este meu incômodo inicial tem relação com a análise feita por Foucault (2012, p. 19) em sua obra “A ordem do discurso”, quando refere que:

(...) contudo, é dela [vontade de verdade] sem dúvida que menos se fala. Como se para nós a vontade de verdade e suas peripécias fossem mascaradas pela própria verdade em seu desenrolar necessário. E a razão disso é, talvez, esta: é que se o discurso verdadeiro não é mais, com efeito, desde os gregos, aquele que responde ao desejo ou aquele que exerce o poder, na vontade de verdade, na vontade de dizer esse discurso verdadeiro, o que está em jogo, senão o desejo e o poder? O discurso verdadeiro, que a necessidade de sua forma liberta do desejo e libera do poder, não pode reconhecer a vontade de verdade que o atravessa; e a vontade de verdade, essa que se impõe a nós há bastante tempo, é tal que a verdade que ela quer não pode deixar de mascará-la.

Outrossim, o fenômeno sobre o qual me propus intervir encontra-se fundamentalmente num campo social, o qual encena uma discussão interessante sobre verdade e método. À vista disso, a empreitada deste trabalho constituiu-se em perspectiva, acatando a ideia de que meu papel seria de “compreender essa lógica interpretativa de ‘primeiro nível’, uma vez que ela é potente e eficaz para fazer o mundo da vida se realizar (MINAYO, 2010, p. 41)”.

² O termo identidade é pensado nesse momento no mesmo sentido que assume enquanto categoria analítica no campo da psicologia social e que, de acordo com a referência de Ciampa (1992), a representação de uma identidade tem relação tríplice que a identidade pressuposta (de como o indivíduo se vê no cenário/mundo), o processo de produção e a estrutura social (relacionado com os papéis que representa no momento), e a temporalidade (que está relacionada a condição de momento e flexibilidade para essa representação).

Tendo como a priori esse meu lugar na discussão dos achados, tomo como elementar a situação macro política que leva à estruturação do SRT no território da Secretaria Regional V. Assim, inicialmente podemos observar os fatores envolvidos na opção da gestão por se implantar um novo SRT e que o mesmo fosse sediado no território de adscrição³ do Centro de Atenção Psicossocial (CAPs) geral V.

Considerando os diferentes significados/ólicas que podem dinamizar a leitura relacionada aos aspectos macro que envolveram esse momento, atento para dois. Primeiramente, em termos superestruturais, a gerência da saúde mental encontrou espaço favorável tanto pelo direcionamento da política nacional de saúde mental, como também pela sensibilidade e abertura por parte da gestão do município de Fortaleza. Isto posto, observou-se um posicionamento de intensa identificação com os princípios da Reforma Psiquiátrica e, assim sendo, de compromisso com a inversão do modelo assistencial vigente no município que se reflete no fechamento progressivo dos leitos em hospitais psiquiátricos e processual aumento dos leitos psiquiátricos em hospital geral – o que coaduna com a evolução normativa que temos como referência para o estado do Ceará e que inicia com a Lei Estadual nº12.151, de 29 de julho de 1993 (que dispõe sobre a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos e sua substituição por outros recursos assistenciais, regulamenta a internação psiquiátrica compulsória, e dá outras providências); passa pela Lei Federal nº 10.216, de 06 de abril de 2001 (que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental); e se consolida com o Decreto nº7.508, de 28 de junho de 2011 (o qual, ao regulamentar a Lei nº8.080/90, institui a rede de atenção psicossocial como um dos componentes mínimos para constituição da região de saúde).

Em segundo lugar, tais aspectos integrantes de uma superestrutura e estrutura refletem-se de modo prático até o ano de 2012 na implantação de 11 CAPs (o que fez com que o município passasse a dispor de um total de 14 CAPs, dos quais seis destes são destinados ao atendimento de transtornos mentais gerais para população adulta); na implantação de uma residência terapêutica (estruturada durante o processo de fechamento dos primeiros leitos de internação em hospital psiquiátrico no

³ Conforme BRASIL (1997, p. 11), adscrição consiste na “definição de um território de abrangência, que significa a área sob sua responsabilidade”.

município); sem contar com projetos relacionados a reinserção social e com a implantação de outros serviços mais específicos para a atenção aos usuários de álcool e outras drogas (FORTALEZA-CEARÁ, 2009).

Diante disso, o fato que reconheço como deflagrador principal nesse cenário para o movimento de implantação do SRT em questão, tratou-se do processo de encerramento total das atividades de um dos hospitais psiquiátricos conveniado ao Sistema Único de Saúde (SUS) no município.

A relação de forças macro políticas que se estabelece com esse cenário conforma um tensionamento entre as estratégias em implantação no sentido de desinstitucionalização/estabelecimento de um novo modelo assistencial e a crítica de alguns profissionais/gestores de hospitais psiquiátricos. Destarte, ocorre uma pressão para a celeridade de uma decisão político-administrativa efetiva para a demanda apresentada de fechamento de leitos do referido hospital psiquiátrico.

O fenômeno de produção de moradores nos hospitais psiquiátricos, portanto, desvelou-se como um aspecto a ser trabalhado tanto para minimizar o impacto imediato que o fechamento deste tipo de instituição traz, como também de favorecer uma oportunidade de qualificação do cuidado de maneira a ser produtora de vida, subjetividade e identidade dessas pessoas.

Assim, a pressão circunstanciada por esse fechamento demonstrou o dilema assistência x desassistência que também é citado por Hirdes (2009) como parte da discussão de reforma psiquiátrica no mundo e que Amarante (1996) considera como discurso do qual segmentos conservadores se valem em virtude da resistência que apresentam a qualquer ideia sobre direitos de grupos minoritários, assim como por grupos que tem interesse econômico em jogo e estrutura uma tendência contra-desinstitucionalizante. Nada obstante, vale ressaltar que essa discussão acaba sendo mais complexa, incluindo duas outras categorias de discussão da desinstitucionalização: a primeira como desospitalização (cuja tradição tem como objetivos fundamentais a redução de custos públicos e menor compromisso com uma real transformação assistencial) e a segunda como desconstrução (representando uma tendência de crítica sobre o modelo biomédico constituinte da psiquiatria, buscando uma superação “do ideal de positividade absoluta” e de “invenção da realidade enquanto um processo histórico”.

Tal panorama poderia ser desconsiderado por sua dimensão se a lógica de ampliação de serviços não tivesse como objetivo fim uma rede ⁴de cuidado. Desse modo, estes acontecimentos repercutiram até os limites da regional V, onde situa-se o CAPs geral V.

Todavia, recorro que para efeito de nossa discussão essencial não nos competiu a análise profunda destes fatos, mas a percepção que este acontecimento é relevante como um componente do cenário que propiciou o azáfama acerca do qual se tecerá a micropolítica dos processos no território da regional V.

Aqui, permito-me um parêntese para situar a enfermagem como agente político em tal cenário uma vez que esta causa compõe o conjunto de bandeiras de luta da categoria como agente histórico frente às questões da saúde mental tendo se posicionado a favor da reforma psiquiátrica, à exemplo da participação no Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM); que também constitui uma forma de reparar uma dívida social pela participação em práticas muitas vezes perversas presentes em instituições com características manicomiais.

O novo momento histórico-político em que nos encontramos, portanto, passava-me a ideia de convocação do corpo de enfermagem presente nos serviços substitutivos de saúde mental a estabelecer um processo reflexivo mais profundo e a pensar seu modo de cuidar como um posicionamento que também retroalimentará uma superestrutura. Neste âmbito, dois fatores encenam uma contracorrente que age como entrave para a profissão: o surgimento da profissão com profunda identificação com a doença e a atuação fortemente marcada pela experiência em espaços nosocomiais. Deste modo, a formação profissional ainda demonstra a necessidade de um percurso tal que permita o real deslocamento dos profissionais do lugar comum da doença e da internação para um lugar de saúde, cuidado e território.

A direção traçada até aqui corrobora com a concepção de análise de que, conforme Souza (2012), tem como aspectos a serem observados os “acontecimentos”,

⁴ Adotamos a concepção de rede a partir de Mendes (2011, p. 79) em que o mesmo refere que “As redes não são, simplesmente, um arranjo poliárquico entre diferentes atores dotados de certa autonomia, mas um sistema que busca, deliberadamente, no plano de sua institucionalidade, aprofundar e estabelecer padrões estáveis de inter-relações”.

os cenários, os atores, a relação de forças e a articulação (relação) entre ‘estrutura’ e ‘conjuntura’.

Logo, mesmo que o desenvolvimento desta ação não leve em conta a análise de conjuntura como categoria analítica para este relato de experiência, ela foi importante no caminho que desenvolvi por trazer substrato para pensar conjuntamente com os profissionais de um modo crítico-reflexivo. Portanto, essa etapa de apresentação dos aspectos envolvidos no entorno da ação de enfermagem reverberou no modo de pensar e produzir o cuidado por esta categoria profissional.

Se a conjuntura neste momento está fortemente identificada acima com base nos acontecimentos citados, a estrutura de implantação do Serviço Residencial Terapêutico na Secretaria Regional V pode ser sistematizado a partir da gerência da saúde mental e da gestão do cuidado.

No que diz respeito à gerência da saúde mental, a implantação desse equipamento neste território trazia a possibilidade de caminhos administrativos que facilitaram os trâmites financeiros a partir do estabelecimento de um convênio com a organização não-governamental Movimento de Saúde Mental Comunitária. Tal estratégia já demonstrava resultados positivos, quando se observa o precedente em relação ao CAPs geral V que também constitui-se numa parceria entre o setor público e o terceiro setor. Como resultado, flexibilizou-se a rigidez da máquina pública no tocante aos processos burocráticos e efetivou-se uma corresponsabilidade desse equipamento da sociedade civil organizada que possui *know-how* no desenvolvimento de ações que estimulam o protagonismo social, a saúde mental e que propiciaria ações de reinserção social para os moradores da residência terapêutica.

Quanto a gestão do cuidado, é possível pensar como aspectos singulares da regional V: o tempo de existência do CAPs geral e sua baixa taxa de renovação de profissionais (o que favorecia o acúmulo de uma experiência profissional em saúde mental e, consequentemente, a formação de uma base mais sólida para o apoio aos moradores em adaptação), a parceria considerada positiva entre CAPs e a ONG Movimento de Saúde Mental Comunitária (que permitia um diálogo próximo com uma instituição no território de implantação do SRT que possui historicamente uma atuação que potencializa o protagonismo e a autonomia dos moradores dessa comunidade, como também já conseguiram estruturar uma rede social de apoio que poderia ser acessada

para favorecer a melhor compreensão acerca da singularidade e importância que esse equipamento tem para os moradores do SRT).

Tais aspectos preliminares desembocam numa micropolítica⁵ que se constitui como um fazer cotidiano e essa caminhada é sistematizada em três momentos significativos, discutidos a partir deste momento.

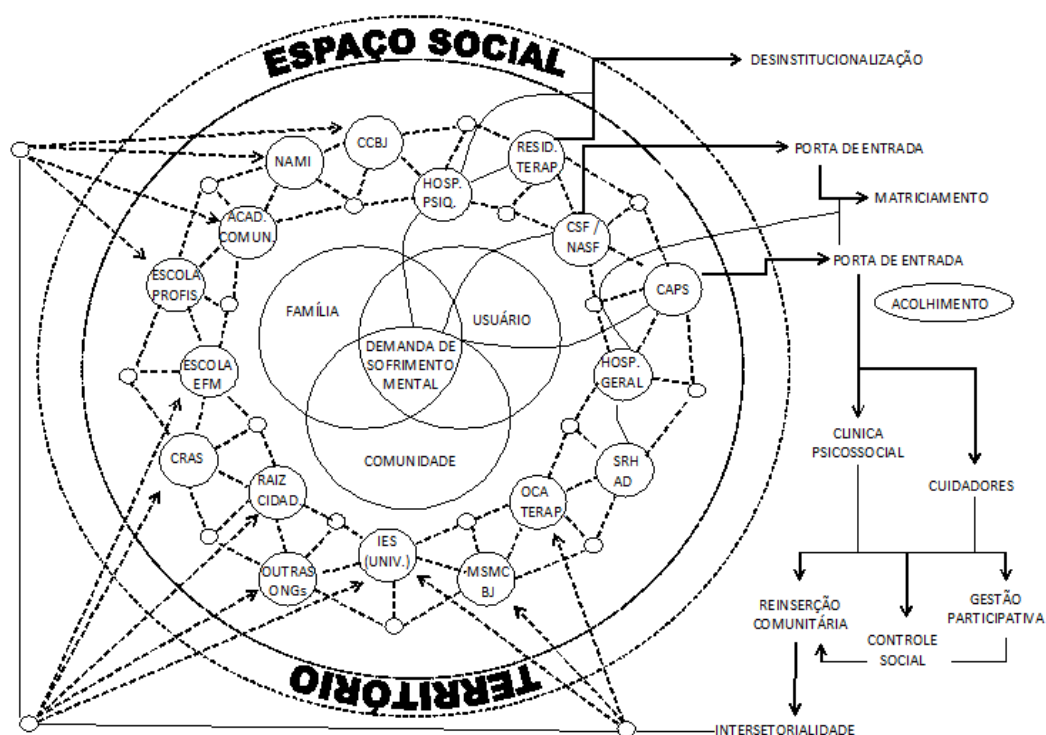
5.1. A estrutura da Residência Terapêutica: do “fazer parte” às primeiras ações.

A questão do Serviço Residencial Terapêutico chegou para a equipe do CAPs geral durante um movimento de (re)organização que havia sido deflagrado pela coordenação local e no qual meu envolvimento já se configurava em muitos momentos como uma espécie de apoio. O feito mais significativo nesse sentido foi de construção de um planejamento estratégico participativo (cuja cópia encontra-se anexo) que permitiu perceber uma ambivalência da equipe entre o desejo de sistematização de seu processo de trabalho e a acomodação a uma realidade constantemente criticada pela equipe em virtude da sensação de sobrecarga (embasada em incipientes análises situacionais e construção de estratégias frágeis de enfrentamento de problemas – uma espécie de trabalho baseado em “apagar incêndios”).

Todavia, conforme é possível se observar na Figura 1 - síntese do trabalho de planejamento do grupo – a equipe ponderou suas ações buscando um equilíbrio de estratégias de acesso, cuidado e reinserção social, tentando diminuir o índice de abandono do tratamento pelos usuários e tomando como objetivo fim uma possibilidade real de alta para uma parcela de pessoas com casos menos complexos.

⁵ Entende-se micropolítica como sendo o “agir cotidiano dos sujeitos, na relação entre si e no cenário em que ele se encontra (FRANCO, 2006, p. 30)”.

Figura 1: Estrutura síntese do planejamento estratégico participativo do Centro de Atenção Psicossocial geral da Secretaria Regional V. Fortaleza, CE, 2012.



A primeira reflexão sobre o SRT, portanto, ocorreu com a coordenadora do CAPs no espaço de encontros de gerentes de serviços de saúde mental do município, quando se realizava a avaliação do cenário apresentado no tópico inicial da discussão dos resultados e se concluía sobre a necessidade desse equipamento.

Compreendia-se com esses debates que o SRT representava para o território da regional V tanto um compromisso com o movimento de reforma psiquiátrica, como também uma possibilidade de fortalecer a pauta de ampliação da equipe do serviço para oferecer um suporte qualificado a esse novo equipamento. A segunda dedução corroborava com demandas que se apresentavam a partir da construção do planejamento local.

Dessa maneira, ficou claro a relevância de se problematizar e tomar em conjunto com a equipe do CAPs uma decisão político-administrativa sobre essa pauta – avaliando suas implicações para o serviço. Apresentava-se, portanto, uma demanda por estar-com a equipe e a foi com isso que pensamos que talvez a melhor maneira fosse tendo como base o apoio institucional.

Tal estratégia não demonstrava ser paradoxal com os diversos papéis que representam minha identidade junto ao grupo, uma vez que:

O apoiador se insere em um processo de movimento de coletivos, ou ajuda a sua irrupção, auxiliando e ofertando conceitos e tecnologias para a análise da instituição (pôr a instituição em análise), buscando novos modos de operar, funcionar, agir e produzir das organizações, considerando os pressupostos da democracia institucional e da autonomia dos sujeitos. Para tanto, o apoio parte e considera a inseparabilidade entre a clínica e a política, entre cuidado e a gestão – que se interferem mutuamente – e a transversalidade das práticas e dos saberes no interior das organizações (BRASIL, 2010, p. 86-87).

Tal caminhada fez com que fosse aproveitado o espaço de uma roda de gestão⁶ para trazer pela primeira vez o tema do SRT para o grupo do CAPs. O encontro foi planejado para suscitar essa questão como um ponto de pauta no momento administrativo da roda.

Partindo-se da questão problema “Como o grupo vê a abertura de uma residência terapêutica no território de cobertura do CAPs geral V?”, foi realizada uma escuta individual de 1 minuto para expressão do que esse questionamento remetia a cada um.

A roda contava com a presença de 14 pessoas de diversas categorias (níveis médio e superior) e obteve-se como resposta pela maioria presente a expressão do SRT como um problema. A contextualização desse pensamento pelo grupo pode ser sistematizado em: o receio que os moradores afetassem negativamente o movimento de organização do grupo, a percepção de déficit de profissionais para atuar com qualidade no território e a compreensão dos moradores da residência como “mais trabalho” para o serviço.

A posição da enfermagem nesse processo foi dissonante, tendo em vista que a enfermeira de mais tempo no serviço (a quem convencionarei chamar de Lua) percebia os moradores como o aumento de sua carga de trabalho enquanto que a outra

⁶ A “roda” consiste na nomenclatura amplamente divulgada a partir da estruturação do Método Paidéia – por Gastão Wagner – e que foi aplicada na rede assistencial de saúde mental e que perdurou até o fim da gestão municipal 2009-2012. Ela consistiria em espaços protegidos onde se preconiza apoio externo, implantação de processos de negociação para resolução de problemas em substituição à violência. Além disso, seu potencial está principalmente na contribuição para a democratização das instituições (CAMPOS, 2006).

profissional (a quem chamarei de Brisa) trazia a ideia de que a residência terapêutica é um equipamento necessário. Este pensamento talvez ocorresse por sua experiência com gestão no CAPs de referência para a primeira residência terapêutica do município.

Diante disso e considerando o tempo que nos era possível para o trâmite de decisões na gestão quanto ao local de abertura da residência terapêutica, foi pactuado que as duas próximas rodas teriam como temática a residência terapêutica. A organização dos próximos encontros decididos entre os presentes consistiu em:

1º encontro: O momento de cuidando do cuidador estaria focado numa experiência de expressão sobre o novo; o momento educativo traria um artigo que falaria sobre desinstitucionalização e residências terapêuticas; e o momento administrativo destinaria quarenta minutos para apresentação do cenário macro que poderia levar a implantação deste equipamento na regional V.

2º encontro: O momento de cuidando do cuidador seria decidido com base no que o primeiro encontro trouxesse de discussão; o momento educativo traria a função do CAPs junto a residência terapêutica; e o momento administrativo destinaria uma hora para analisar as justificativas que levam a representação do SRT como um problema, a articulação desta discussão com o cenário macro, tendo como produto uma posição de grupo em relação a este tema.

No encontro seguinte, tivemos o momento educativo por conta da Brisa. Ela traz como texto para discussão uma parte do manual do Serviço Residencial Terapêutico. Sua apresentação abre leque para um conjunto de conjecturas e mostra um aspecto interessante na medida que carrega um forte direcionamento sobre sua disponibilidade para existência deste equipamento na regional V, principalmente porque segue-se da exposição da sua experiência de ter coordenado um serviço que cuidava dos moradores de um SRT.

Os demais profissionais exploraram bastante o relato da Brisa, provavelmente pelo fato do propósito do texto apresentado ser mais informativo que problematizador. Por conseguinte, foi possível perceber uma remissão dos incômodos por parte de algumas pessoas com a abertura para pensar a implantação de um SRT no território de abrangência do CAPs.

O trabalho desenvolvido por Brisa trouxe grande interface com a premissa de que “ensinar exige a corporificação das palavras pelo exemplo”, trazida por Freire (2013), quando discute a pedagogia da autonomia. Todavia, durante a discussão a de sua apresentação, a profissional não refere uma preocupação com os aspectos pedagógicos envolvidos na elaboração de sua exposição. Esse demonstrou ser um aspecto fundamental para desenvolvimento da empatia com o tema e poderia ser melhor explorado pela enfermagem como uma profissão de grande interface com a educação.

O último momento deste encontro seguiu-se com a explanação dos aspectos relatados no início da apresentação desta intervenção, buscando discutir os elementos que levariam a implantação de um SRT, como este CAPs e o território se incluem nesse debate, o lugar do serviço na cogestão da saúde mental e a sua responsabilidade em apresentar uma posição crítica e circunstanciada sobre esse tema (percebendo os fatores negativos e possibilidades de negociação sobre tais pontos).

A discussão extrapolou o tempo planejado, mas foi profícua em trazer alguns incômodos da equipe que certamente influenciam deveras a confiança enquanto grupo e sua motivação, dos quais registrei como mais marcantes: “essa discussão não vai levar a nada porque se quiserem abrir este serviço, vão abrir”; “a gente vai acabar recebendo esse serviço contra vontade”; “já temos um monte de pacientes que não tem atendimento psiquiátrico e vão ser apenas mais pacientes”; “a gente não está olhando pelo lado das pessoas que estão no hospital psiquiátrico uma vida inteira”; “se estamos aqui discutindo, temos que aproveitar e tentar tirar o maior proveito”; e “poderíamos estar aqui só ouvindo que temos que atender, será que há uma diferença em ter pessoas que estejam preocupados em nos ouvir e ajudar a melhorar as coisas aqui?”.

A reflexão que levei dessas falas me remeteu ao que Deleuze e Parnet (2004) trazem em seu capítulo – Política – do livro diálogo. A leitura naquele momento, me levantou a necessidade de melhor perceber meus atravessamentos como agenciador do processo – consciente ou inconscientemente – nesse processo, onde a minha preocupação sobre minhas intervenções de segmentaridade dura ou binária. Todavia, acredito que o mais importante é poder em algum nível ter conseguido provocar algumas desterritorializações as quais precisava compreender melhor, inclusive quanto a linhas de fuga, como oportunidade de apoiar a equipe e novas territorializações e uma ação política mais consistente.

Com a reflexão do que foi expresso na roda, pensei que o ponto principal da ação como apoio institucional estava se delineando: um movimento de empatia com o grupo e construção de um pertencimento para “discutir com”; e um desfoque do modelo primitivo de análise que se encerra no binômio culpado/inocente e permite tanto a fala como o exercício da maturidade do grupo de lidar com as questões que se apresentam, buscando estratégias criativas e de maior exercício da escuta.

O segundo encontro sofreu adaptações em sua estrutura, sendo aberto um espaço para dirimir os possíveis ruídos comunicativos e de compreensão que pudessem interferir na dinâmica de fortalecimento grupo que vinha sendo cultivado desde o planejamento e instituição do espaço da roda como estratégias de implicação política e protagonismo dos profissionais.

O momento de cuidando do cuidador nesta ocasião não havia sido planejado pelo grupo, mas foi interessante quando uma das participantes (terapeuta ocupacional) começou a falar sobre o seu dia e a respeito de problemas familiares que a faziam estar nesse encontro como um forma terapêutica expressada pela mesma com “me sentir importante”. A partir disso, ela propôs que todos se juntassem em círculo no centro da palhoça e que fizéssemos uma oração – “Pai nosso”. O grupo acolheu a sugestão e demonstrou naquele momento um papel de apoio e contenção, demonstrando seguir num caminho de apoio e confiança.

Vale ressaltar que a compreensão desse espaço como um grupo segue o que discutem Zimerman, Osório e cols. (1997) quanto a distinção entre agrupamento e grupo, onde o primeiro se refere a um conjunto de pessoas partilhantes do espaço “que guardam entre si uma certa valência de inter-relacionamento e uma potencialidade em virem a se constituir como um grupo”. Por sua vez, enquanto grupo eles apresentam características singulares, tais como de constituir-se como além do somatório de indivíduos, interagindo tendo como base objetivos específicos, convivendo orbitando entre duas forças contraditórias (de coesão e de desintegração), uma forma de interação afetiva, entre outros.

Retomando o momento educativo desta roda, este foi trazido pela Lua que expôs o interesse em discutir o caso de uma “paciente problema”. Foi resgatado o planejamento deste dia ressaltando que seu foco deveria ser a residência terapêutica,

mas o grupo deliberou pela manutenção da discussão de caso, tendo em vista o esforço impresso na estruturação do caso.

Contraditoriamente, observei que a discussão de caso clínico para a equipe de enfermagem estava sendo apresentada sem qualquer sistematização e com conteúdo fortemente subjetivo relacionado ao incômodo que a usuária produzia no serviço e em outros equipamentos de saúde do território (que acabavam por acionar o CAPs, tendo em vista o conhecimento de que a mesma fazia tratamento neste serviço). Ademais, as conclusões apresentadas foram apenas relativas a dificuldade de tratamento farmacoterapêutico pelo uso irregular da medicação e pelo acesso constante ao serviço (que fazia a equipe suspeitar de que a mesma vendia medicamentos) e de que a usuária deveria ser encaminhada para o serviço de outra regional.

Após as discussões e deliberações sobre o caso, concluí em conjunto com a equipe as limitações apresentadas na estruturação de um caso clínico. A partir desse ponto, retomamos a discussão do que seria a atuação interdisciplinar, de como a equipe vê o profissional médico no grupo e de como as outras profissões se inter-relacionam com ele, e finalizamos problematizando a construção de um estudo de caso clínico, principalmente acerca do mito que a equipe possuía acerca da necessidade de várias pessoas precisarem estruturar um caso para que ele fosse discutido como interdisciplinar.

Essa mudança estrutural na pactuação da roda me leva a refletir como um movimento de fuga, a partir do que Deleuze e Parnet (2004) apresentam como um fugir que em ato consiste na busca por uma arma para lidar com possíveis microfissuras que já possam ter ocorrido com o grupo, numa tensão entre as linhas duras e os processos de desterritorializações que uma discussão no nível de interferência na dinâmica do grupo está trazendo. Avaliei esse momento como positivo, contudo, com a preocupação com as problematizações trazidas pelos autores em relação a adoção de uma linha – de fuga ou ruptura – que pode levar a perder o norte pensado pelo grupo ou mesmo de se transformarem em linhas de abolição ou de destruição.

Em relação ao momento administrativo, foi destinada uma hora e meia para finalizarmos a discussão sobre a residência terapêutica. O desafio para o grupo neste dia foi: se o CAPs geral V tiver de acolher uma residência terapêutica, quais ações seriam

necessárias por parte da equipe e o que suporte deveria ser oferecido pela gestão local e municipal?

Conseguimos finalizar este encontro com um documento estruturado onde o grupo propôs a existência de uma equipe de referência para a residência terapêutica (cujos nomes foram sugeridos no momento e que consistiam da Lua, uma assistente social e uma terapeuta ocupacional – escolha justificada por possuírem maior carga horária semanal) e a implementação das estratégias de qualificação do serviço que já estavam sendo discutidas por ocasião do planejamento nos espaços das coordenadorias do serviço. Quanto ao que competia a gestão municipal, foi unânime a necessidade de ampliação do número de profissionais médicos e de terapeutas ocupacionais.

Foi possível perceber que essa materialidade de um produto construído com o grupo amenizou a tensão que demonstrava pairar sobre o grupo e permitiu uma flexibilidade na forma de lidar com o movimento de desterritorialização e construção de novas territorializações.

Concomitante a essa atividade com o CAPs, seguia-se uma discussão com a gerência municipal de saúde mental que culminou com a conclusão de que o território da regional V configurava-se como a mais estratégica para a implantação da residência terapêutica naquele momento.

Diante disso, foi apresentado o planejamento de equipe que trazia demandas municipais para que esse acolhimento do SRT pudesse ocorrer de maneira responsável. A resposta da gerência municipal foi imediata em relação a possibilidade de ampliação de carga horária de terapia ocupacional e de médicos. Contudo, tendo sido exposto a dificuldade de encontrar psiquiatras disponíveis para atuar nesse território, os médicos destinados ao serviço seriam clínicos gerais com experiência em psiquiatria.

Antes de nova reunião com a equipe e tendo como base a informação de que o Movimento de Saúde Mental Comunitária havia aceito a proposta de colaborar com a implantação do SRT por meio de um convênio, procedeu-se uma negociação também com o coordenador geral da ONG (médico psiquiatra) que se dispôs a dar apoio ao SRT, uma vez que seu local de residência estaria próximo a este novo “serviço”.

A reunião seguinte que representa o fechamento de um mês após o início da discussão com a equipe sobre a implantação do SRT trouxe como ponto de pauta

administrativa as deliberações tomadas de concretização da residência terapêutica na regional V e das respostas obtidas sobre as necessidades que o serviço apresentava para que fosse possível a inclusão desse equipamento com uma atenção de qualidade.

A equipe demonstrou estranhamento acerca da atenção sobre suas proposições. Isto tornou equilibrado a disputa de força favoráveis (uma vez que desarmou pontos do discurso contrário a montagem do novo equipamento na regional V e favoreceu um empoderamento/motivação de profissionais em relação a cogestão do serviço) e desfavoráveis (que sustentavam-se na desconfiança da efetividade das pactuações e do incômodo gerado por as contratações acontecerem em virtude desse novo equipamento).

Efetivamente, duas ações foram deflagradas concomitantemente a partir dessa roda: a escolha e montagem da casa (tendo como foco a gerência do serviço e de profissionais que tivessem disponibilidade de participar) e a avaliação dos moradores de hospital psiquiátrico para decisão do perfil da residência e de seleção das pessoas (ação realizada pelo grupo de profissionais estruturado no encontro anterior).

A enfermagem participou como agente político nesse processo de discussão sobre a implantação de uma residência terapêutica tendo como foco ainda forte uma relação ainda fortemente marcada pela historicidade do modelo de formação clínico/biomédico. É possível perceber muitas fissuras em seu modo de agir político, mas os agenciamentos na saúde mental ainda demonstram a dificuldade de ruptura com um modelo de saúde que limita a profissão em um agir mais técnico.

5.2. A alma da Residência Terapêutica: e de mim, quem cuida?

A residência terapêutica efetivou-se no território como um entroncamento de dois caminhos, conforme referido anteriormente. Logo, o processo de concretização do mesmo deve-se a sucessão de esforços em estruturá-la em seu componente físico e humano.

No que concerne à estrutura física, o primeiro movimento se baseou em encontrar a casa e acompanhar a formalização do aluguel, etapas que foram de responsabilidade da Estrela (a quem convenciono chamar a coordenadora do serviço e

quem guarda uma relação de conexão mais próxima com o Movimento de Saúde Mental Comunitária) e minha (tendo em vista o papel que também assumo de coordenação regional).

A equipe do CAPs, todavia, participou indiretamente estabelecendo parâmetros básicos para esse equipamento (sua distância do CAPs – de forma que facilitasse acesso e evitasse dependência do serviço – e os aspectos importantes estruturais – para o número de moradores e suas necessidades de mobilidade). O exercício de busca da casa também foi bastante educativo e nos permitiu perceber o distanciamento entre o que se preconiza como ideal para a saúde das pessoas e a realidade do território. Além disso, possibilitou uma experiência de identificação com o território vivo, desmistificando mitos e desvelando a diversidade das comunidades nas áreas de circunscrição do CAPs.

Aqui se conseguiu vivenciar a discussão do que traz Milton Santos sobre território que se abre como conceito para a saúde trazendo a perspectiva de indissociabilidade e solidariedade de objetos e sistemas de ação que tem sua existência traçada numa perspectiva também histórica (FARIA; BORTOLOZZI, 2009).

Em virtude da dificuldade na localização de casas, foi encantador ver o potencial da ONG parceira demonstrando um interesse em colaborar e sempre mantendo contato e atenção em relação a nossa busca, demonstrando um verdadeiro espírito de rede social. Assim, nossa saga em encontrar um local com potencial para adaptação foi concluído no período de um mês.

Após esta etapa e com a contratualização do aluguel, o novo momento foi de adequação do espaço às necessidades de acessibilidade. Aqui, a participação dos profissionais foi solicitada para procederem uma visita ao espaço e estruturarem uma sugestão das adequações necessárias para a acessibilidade dos futuros moradores.

O grupo foi unânime em indicar a terapeuta ocupacional como pessoa de referência para esse representar o grupo nessa avaliação.

Tal indicação demonstra no grupo uma demanda a ser trabalhada e que consta como parte integrante da discussão do planejamento sobre categorias profissionais e o trabalho multiprofissional. Essa ideia corrobora com o que Peduzzi (1998) refere em sua tese “Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho

e interação” onde traz a elaboração acerca da noção geral de equipe em saúde e como esta presunção se mantém de modo muito forte “no plano da retórica e das intenções”. A realidade, por outro lado, demonstraria apenas um emaranhado de profissões numa justaposição. Essa discussão foi, entretanto, feita em particular com Estrela como uma forma de atentarmos para a observação sobre a reincidência de ideias como essa e, buscar formas de problematizar a incoerência dessa ideologia com as diretrizes norteadoras do próprio projeto do serviço.

O distanciamento da enfermagem é algo que merece observações, principalmente porque trata-se de uma profissão que tem como projeto de formação pedagógica uma ampla atuação que inclui a ergonomia como um elemento importante para o processo de cuidado a saúde para qualidade de vida. Apesar disso, dispôs-se a conhecer o espaço da residência apenas nos momentos finais de adaptações para estruturar o processo de transição dos moradores do espaço hospitalar para casa.

A realização de um levantamento básico no site do Scielo (realizado em fevereiro de 2014) tendo como descritores básicos enfermagem e ergonomia, levaram a ocorrência de 27 artigos, dos quais observa-se uma divisão da abordagem desse temática sendo abordada predominantemente no nível de atenção hospitalar. Os textos discutem a ergonomia com um foco na saúde do trabalhador. Desse modo, percebe-se uma potencialidade no trabalho de enfermagem e ergonomia no nível mais da atenção primária e secundária como uma dimensão importante do cuidado, principalmente considerando-se a realidade de envelhecimento da população e da representatividade das demandas osteomusculares na atualidade.

A observação sobre a incipiência de estudos nesse sentido, levam a um entendimento na dificuldade da profissão em discutir mais amplamente a interprofissionalidade no espaço da atenção em saúde num nível mais territorial.

Compreendendo a enfermagem como uma profissão que se propõe uma visão e cuidado holístico (e o arcabouço teórico conceitual que inclui também uma especialidade de trabalho que busca refletir inclusive sobre a adequabilidade do ambiente como parte do processo de cuidado – enfermagem do trabalho), entendo da necessidade dos profissionais estarem atentos a perceberem sua implicação político social com a categoria e com a qualidade da assistência à saúde.

O outro componente citado da residência terapêutica é o humano e, no que concerte a este ponto, temos os moradores e os cuidadores.

Em relação aos primeiros, as três profissionais indicadas como referência para a residência terapêutica (incluindo a profissional Lua) fizeram, no mínimo, duas visitas aos hospitais psiquiátricos para conhecer as pessoas que os profissionais da instituição consideravam mais aptos ao desmame hospitalar. Esse momento teve como objetivos: o estabelecimento de vínculo, a avaliação da condição geral dessas pessoas, captar informações também dos prontuários para apoiar na construção de um plano terapêutico singular e estruturar um plano de intervenção para que o processo de transferência para a casa pudesse ocorrer de modo o menos traumático possível.

O processo de seleção e desmame hospitalar aconteceu paralelamente as intervenções de adaptação estrutural da casa e foram planejados para ocorrer por meio de visitas ao CAPs geral e inclusão em atividade de grupo (tendo como foco o estabelecimento de vínculos entre eles). Nessas atividades, tivemos como apoio principalmente a terapia ocupacional (responsável pelo grupo), enfermagem (disponibilizando as profissionais técnicas para apoio no cuidado durante as atividades no serviço) e, posteriormente, os cuidadores foram incluídos processualmente na medida em que ocorriam as contratações (o que favorecia um contato e criação de vínculos). Por fim, a continuação das atividades de desmame do hospital foram sendo transferidas para o SRT na medida em que os ajustes estruturais estavam finalizando.

Uma questão se apresenta na medida em que reflito sobre esses processos em que a enfermagem parece ainda se mover sob uma sombra. Então como a enfermagem deveria realmente se posicionar diante da discussão atual de interdisciplinaridade e interprofissionalidade? Sua prática que consegui perceber até aqui nessa realidade da saúde mental parece apresentar um conjunto potente de possibilidades, mas ainda observo as linhas de fuga ameaçando seguir uma linha de destruição, impondo neste campo uma atuação à margem / com muitas limitações quanto a sua autonomia e priorizando os procedimentos técnicos relacionados a lógica biomédica.

Três semanas após o início do trabalho de implementação da residência, senti a necessidade de propor a avaliação desse percurso como ponto de pauta para o momento administrativo da roda. A avaliação feita foi positiva quanto a relação entre os

moradores e de que esse processo já mostrava uma maturidade para a recepção dos moradores na casa, exceto por um caso que demonstrava indefinição do grupo que acompanha os usuários.

A equipe aceitou conversar sobre o caso, que foi descrito apenas pelo diagnóstico médico traçado no hospital – depressão – e a percepção da presença constante de “conteúdo mórbido” por parte da usuária, o que fazia com que a equipe estivesse dividida entre a possibilidade de acolhimento/tratamento pelo CAPs e o receio de que a mesma pudesse ter grande potencial para suicídio. Nessa ocasião, o trabalho de diálogo com o hospital psiquiátrico não foi trazido pelos responsáveis e demonstrou-se haver informações incipientes sobre o caso.

A conversa sobre o caso demonstrou que ainda há um distanciamento entre os moradores e o CAPs (inclusive de parte do grupo responsável pela transição dos moradores para o SRT). Destarte, o plano terapêutico singular estruturado não comportava uma avaliação interdisciplinar (muito menos multiprofissional) dos possíveis moradores da residência terapêutica.

Na ocasião, a temática levou a uma discussão sobre o pertencimento da residência ao território da regional V e do trabalho de grupo para o objetivo fim proposto no planejamento do serviço, qual seja o de um trabalho interdisciplinar. Com isso, uma parte do grupo acabou sugerindo adequação do projeto terapêutico de modo que todos os profissionais pudessem avaliar os usuários. Pactuou-se que a residência terapêutica faria parte das discussões administrativas do grupo até o momento em que o equipamento estivesse funcionando e se observasse a maior autonomia das cuidadoras para conduzir o processo.

A discussão desse caso evocou também a dificuldade do grupo em estruturar um caso clínico numa estrutura teórica. Os profissionais que se posicionaram na discussão sobre o que seria um estudo de caso clínico referiram que um caso, para ser discutido de modo interdisciplinar, deveria ser construído necessariamente por um grupo com representação de todas as categorias profissionais de nível superior. Ademais, o foco trazido normalmente costuma ser baseado no diagnóstico médico e a terapêutica farmacológica.

Apesar de acreditar que essa forma de discussão venha a compor um movimento de fuga, uma vez que leva ao contato com linhas duras que tornam menos

tensas as desterritorializações e (re)territorializações que vem se processando, percebia também cada vez mais a minha dificuldade em observar as sutilezas emergidas da conjuntura em que nos propusemos trabalhar – numa perspectiva de traçados de linhas flexíveis, talvez até de minha parte. Aqui o temor principal vem do alerta trazido por Deleuze e Parnet (2004, p. 167) que dizem:

Mas podemos reencontrar numa linha flexível os mesmos perigos que existem numa linha dura, só que miniaturizados, disseminados, ou antes, molecularizados: pequenos édipos comunitários ocuparam o lugar do Édipo familiar, relações móveis de forças substituíram os dispositivos de poder, e as fissuras substituíram as segregações (...) Deixámos as margens da segmentaridade dura, mas entrámos num regime não menos regulado, onde cada um se afunda no seu buraco negro e se torna perigoso nesse buraco,, dispondo de uma segurança, sobre o seu caso, a sua função e a sua missão, ainda mais inquietante do que as certezas que possuía na primeira linha [dura].

Diante dessa nova demanda que se apresentava, propus trazer a discussão de um caso clínico para exercício dessa prática. Todavia, as minhas demandas de coordenador regional me levaram a propor como caso um usuário do serviço que não se trata de morador da residência terapêutica. A escolha do caso se deve ao fato da equipe considera-lo um caso sem possibilidades terapêuticas, cuja expressão mais emblemática é trazida por uma assistente social que diz, “foi feito tudo que era possível com esse paciente”.

O encontro do “estudo de caso” foi planejado em dois momentos. No primeiro, o foco de discussão foi teórico-metodológica, tendo como base Gil (2009) e sua obra “Estudo de Caso” e o artigo de Galdeano; Rossi e Zago (2003) que tem como título “Roteiro instrucional para a elaboração de um estudo de caso clínico”. Procedemos uma diferenciação metodológica entre o estudo de caso como método de pesquisa e o estudo de caso clínico como uma estruturação para organização de planos interventivos/planos terapêuticos. Nesse momento, também situamos historicamente o surgimento desses métodos e suas relações com as práticas educativas e sua potencialidade para uma perspectiva de educação permanente em saúde capaz de evocar problematizações dos aspectos organizacionais e políticos do serviço.

A educação permanente foi acolhida como alicerce tendo em vista sua maior interrelação com a lógica teórica que atravessa toda a intervenção de apoio institucional

e visando sensibilizar a equipe para a estruturação de estratégias educativas que priorizem uma construção processual do processo ensino-aprendizagem. Nesse sentido, ressalto a diferenciação discutida em relação a educação continuada e que é apresentada de forma bastante didática por Saupe; Cutolo e Sandri (2008, p. 436-437):

Apesar de centradas somente na perspectiva dos trabalhadores como sujeitos da educação permanente, as diferenças apontadas por Ribeiro e Motta (1996) ajudam a iluminar os conceitos. Os autores afirmam que a educação continuada é unidirecional, orientada para a prática autônoma, tem enfoque em especialidades, com objetivo central na atuação técnica e científica, com periodicidade esporádica, usa a pedagogia da transmissão e busca a apropriação passiva do saber. Já a educação permanente tem perspectiva multiprofissional, está voltada para a prática institucionalizada, com enfoque nos problemas de saúde, objetivando transformações nas práticas, ininterrupta no tempo, usando da pedagogia problematizadora e espera, como resultados, a mudança institucional, a apropriação ativa do saber científico e o fortalecimento das ações em equipe.

O segundo momento trouxe a aplicação prática do estudo de caso clínico, a partir do qual foi possível trazer algumas discussões que culminavam com aspectos já discutidos no planejamento estratégico participativo do grupo e que o caso demonstrava limitações em aprofundar essas questões. Foi possível também provocar dos profissionais elementos motivacionais que referem influir negativamente em sua prática. Destes, o principal trata-se de queixas sobre a fragilização dos vínculos trabalhistas e falta de concurso público, principalmente por se tratar de um ano eleitoral. Outra questão trazida, porém um dissenso na equipe, trata-se de sobrecarga dos profissionais. Isto porque apesar da necessidade observada de mais profissionais para o volume de prontuários do serviço (cerca de cinco mil), uma parte reconhece a desorganização da equipe, a falta de cooperação no grupo que leva a uma parcela dos profissionais estarem ociosos em salas de menor fluxo de pessoas durante o horário de expediente.

Por sua vez, a discussão quanto as estratégias clínicas para construção do plano terapêutico foram trazidas a partir do lugar da enfermagem que consiste na minha área de formação. Tendo como base Bulecher; Butcher e Dochterman (2010) e NANDA International (2010), os diagnósticos de enfermagem a partir do caso indicavam a possibilidade de 18 intervenções possíveis, dos quais a enfermagem indicou ter viabilizado três até então. Em seguida, uma discussão foi aberta tendo como questão norteadora – O que eu, no lugar da minha categoria profissional, poderia fazer tendo como base o histórico desse usuário?

Com esse levantamento, partimos para um momento de avaliação das estratégias possíveis e que interagissem numa linha de cuidado e que culminaram com a formulação de uma proposta terapêutica construída coletivamente e flexível para incluir as avaliações que o usuário trouxer a partir do momento da alta hospitalar.

Após esse exercício e tendo em vista as pautas administrativas ainda necessárias de serem trabalhadas, foi organizada uma cronograma com os responsáveis por sistematizar o caso clínico de cada um dos moradores da residência terapêutica para discussão coletiva e construção participativa de um plano de cuidados (buscando maior envolvimento de todos no acompanhamento dos casos dos moradores).

Nesse ínterim, retornamos ao processo de empoderamento dos usuários de sua nova residência e a equipe apresenta a proposta de proceder as escolhas dos móveis com a participação possível dos moradores, principalmente no que concerne ao ambiente dos seus dormitórios. Tal atividade levantou ainda arestas em relação ao pertencimento e auto estima, mas foi avaliada como positiva em virtude do impacto da alegria demonstrada por eles através de algumas frases como “eu posso escolher mesmo?”, “eu não gosto dessa cama”, “eu acho aquele mais bonito”.

A partir da entrega dos móveis, foi finalizado o processo de adaptação e sistematicamente os moradores começaram a receber alta hospitalar e a morar efetivamente na casa. Desse modo, já haviam sete pessoas residindo em definitivo no SRT até o período natal. O último morador teve sua alta protelada para efeitos de melhor avaliação clínica.

Uma vez que a dinâmica na residência estava totalmente estabelecida, os estudos de caso clínicos que começaram a ser trazidos para discussão na roda ganharam um componente diferenciado, incluindo as dificuldades que se apresentavam no cotidiano da prática nesse espaço.

Além disso, o primeiro momento de trabalho sobre os aspectos epistemológicos do estudo de caso e as demandas que se apresentavam sistematicamente evoluíram em termos de conteúdo das discussões, diminuindo a subjetividade dos profissionais que acabavam por serem atravessados pelas dificuldades dos mesmos quanto a rotina de seus trabalhos no CAPs (o que os levava a buscar como moradores apenas pessoas com perfil mais calmo, apático e subjugado) e favorecendo com que tanto se conseguisse aprofundar melhor a clínica envolvida nos casos, como

também perceber melhor as diferenciações entre demandas clínicas e demandas de adequabilidade do serviço ao perfil dos usuários.

Acredito que tal qualificação nas discussões da equipe reforcem a compreensão do potencial da educação permanente, que Ceccim; Feuerwerker (2004) caracteriza como descentralizadora, ascendente e transdisciplinar, e que possibilita

(...) a democratização institucional; o desenvolvimento da capacidade de aprendizagem, da capacidade de docência e de enfrentamento criativo das situações de saúde; de trabalhar em equipes matriciais e de melhorar permanentemente a qualidade do cuidado à saúde, bem como constituir práticas técnicas críticas, éticas e humanísticas (CECCIM; FEUERWERKER, 2004, p. 50).

Uma vez que nosso foco está na participação da enfermagem nessa construção, cabe lembrar que Brisa e Lua acabaram estruturando três dos quatro primeiros casos para a equipe discutir. Desses momentos, observou-se um foco muito grande na condição de estado mental dos usuários e de suas demandas farmacoterapêuticas. As questões clínicas foram trazidas como uma repetição das avaliações realizadas pelos clínicos dos hospitais, mas não foi observado um exercício das profissionais em proceder uma avaliação própria das questões clínicas dos moradores, fato que resultou em algumas dificuldades como traremos em um exemplo no próximo tópico.

A estruturação dos casos clínicos por parte da enfermagem me remeteram a um cenário sistematizado por Capra (1997) e que é assim descrito

As técnicas de coerção externa foram substituídas pelos sutis grilhões internos do moderno arsenal farmacológico, o que reduziu substancialmente o tempo de hospitalização e tornou possível tratar muitas pessoas como pacientes ambulatoriais. O entusiasmo por esses êxitos iniciais obscureceu por algum tempo o fato de que os medicamentos psicoativos apresentam uma série de perigosos efeitos colaterais; e embora controlem sintomas, não têm, sem dúvida, efeito algum sobre os distúrbios subjacentes.

A partir disso, fui instigado a pensar a teoria que embasa a enfermagem e visitei Braga; Silva (2011) em sua obra “Teorias de enfermagem”. A possibilidade de relembrar os vários esforços teórico-metodológicos para compreensão e sistematização do cuidado em enfermagem me fez interrogar quanto tempo ainda será necessário para a

categoria se apropriar de suas teorias e qualifica-las de modo que haja um arcabouço metodológico que direcione o agir profissional e favoreça a apresentação de sua real autonomia no cuidado ao usuário em todos os espaços em que a enfermagem atua.

Assim, a partir de todo esse trajeto reflexivo de apoio a essa implantação do SRT e sua interrelação com o CAPs, considero importante como último momento analítico a apresentação de alguns causos expressivos de moradores.

5.3. Vivenciar a Residência Terapêutica: causos e percalços

Pensando o agir cotidiano no SRT, a capacitação proposta pela equipe não demonstrou resultados suficientes para dar conta de uma visão dos cuidadores em relação à condução dos casos, exceto aqueles em que as pessoas demonstravam apatia e cumprimento incondicional de solicitações feitas pelos cuidadores. Além disso, parece não ter se conseguido a construção de um vínculo entre profissionais dos dois serviços.

O fato que corroborou com a evidência dessas observações foram as constantes procuras dos cuidadores em horários fora do expediente, relatando situações em que as ações dos moradores “incomodavam” a rotina da casa ainda não pactuada COM essas pessoas. Ademais, apresentavam muitas dificuldades no trato em casos de agitação que referiam evoluir no decorrer do dia, mas sem acesso aos profissionais do CAPs.

Retomando a estratégia educativa estruturada pelo grupo para capacitação das cuidadoras, percebo que a equipe – principalmente de enfermagem – demanda uma necessidade de maiores discussões sobre a estruturação de projetos educativos. Uma leitura do livro “Educação em Saúde”, que tem como organizadoras Miranda e Malagutti (2010) permitiram visualizar a uma série de estratégias educativas que costumam (quando apresentam os usuários como população alvo) ser focadas no treinamento pontual de habilidades para o autocuidado. Todavia, é possível perceber também a discussão sobre estratégias focadas numa lógica processual do ensino-aprendizagem e demonstrando resultados consistentes de médio-longo prazo nesses casos.

Esse olhar demonstra que a educação em saúde – apresentada como uma ação recorrentemente atribuída ao enfermeiro – apresenta uma complexidade necessária de ser refletida, uma vez que consiste numa estratégia de grande potencialidade. O interessante nessa discussão consiste, no entanto, na evolução dos currículos acadêmicos do bacharelado em enfermagem que cada vez mais extirpa essa temática. A pretensa condição de dispensabilidade desse conteúdo muitas vezes emerge da diferenciação entre as categorias bacharelado e licenciatura.

Observo na prática uma necessidade de ampliação dessa tecnologia de cuidado como uma parte importante no desenvolvimento de cuidados com mais qualidade, sendo tão mais importante quanto mais territorial se apresenta a inserção da atuação do profissional de enfermagem.

Retomando a história e considerando também a responsabilidade de gestão, inicialmente eu e Estrela éramos acessados constantemente, sempre solicitando orientação e endosso quanto a administração de medicação para “acalmar” algum morador “agitado”.

Os acessos constantes faziam com que houvesse uma demanda que a equipe considerava como responsabilidade da Brisa e da Lua que, mesmo se dirigindo a residência, não conseguiam resultar em diminuição das ligações. Durante os dois primeiros meses, não foi observado resultados significativos com essa forma de condução e passou a ficar evidente uma utilização dessa ampliação das pessoas para facilitar a manipulação de discursos e estratégias imediatistas de atenção.

Tal fato esteja relacionado ao foco que as cuidadoras referiam constantemente em relação as visitas das profissionais – o ajuste de medicação.

Baseado nisso, trago o exemplo da evolução de três casos emblemáticos da casa. Inicialmente, peço licença poética a um grande nome do nordeste – Patativa do Assaré – que traz em seus versos simples a profunda identificação que tenho com três “causos” que seguirei relatando e que demonstram a humanidade nesse processo de contribuir com o outro no movimento de (re)aprender a ser livre e a ter dignidade.

Gravador (Patativa do Assaré)

Gravador que estás gravando
Aqui no nosso ambiente,
Tu gravas a minha voz,

O meu verso, o meu repente
 Mas, gravador, tu não gravas
 A dor que o meu peito sente

Tu gravas em tuas fitas
 Com a maior perfeição
 O timbre da minha voz
 E a minha fraca expressão,
 Mas não gravas a dor
 Gravada no meu coração

Gravador, tu és feliz,
 E, ai de mim, o que esperar?
 Bem pode ser desgravado
 Quem em tua fita está.
 E a dor no meu coração
 Jamais se desgravará.

5.3.1. Causo Laranjeira

O primeiro caso é de Laranjeira, mulher na faixa etária de 30 anos, morena, com estatura física mediana e silhueta delgada. Sua inclusão no grupo da residência terapêutica foi um dissenso entre a equipe do CAPs que, se por um lado, seu diagnóstico de depressão e referência hospitalar de melhora do quadro encantaram a equipe, por outro, a convivência com os profissionais durante o processo de desmame do hospital trouxeram receio com o que foi descrito como “uma fala com conteúdo de morte”.

A escolha se deu pela falta de condições do grupo concluir que existiam fatores reais de gravidade em Laranjeira que indicassem uma possibilidade de fazer mal a si ou a terceiros e que justificassem uma internação psiquiátrica. Sua história de vida mostra que morava em outro estado e veio para o Ceará trabalhar na casa de sua “tia” (existente, mas sem parentesco consanguíneo) que a acolheu como secretária do lar. Todavia, na medida em que Laranjeira apresentou as primeiras crises acabou sendo inviável seu cuidado e foi quando sofreu sua primeira internação psiquiátrica. O contato entre elas se mantém até hoje.

Laranjeira chegou a morar em um abrigo de freiras em que foi cuidada e onde foram tomadas muitas resoluções práticas, tais como: seu abrigamento, seu benefício e os cuidados com suas finanças. Ela referia-se evangélica, mas demonstrou abertura também para o catolicismo.

O seu início na casa foi de adaptação, com ajuda nos afazeres domésticos. Referia insistentemente a vontade de contato com sua “tia” e de morar com ela. Na medida em que a casa foi recebendo mais pessoas, também se passou a observar queixas das cuidadoras de quadros de agitação que também tinham referência com o desejo de Laranjeira frequentar cultos evangélicos. Ela não apresentava nenhuma atividade estruturada no CAPs, fato que a fez foco de discussão de caso clínico durante três semanas, período em que a equipe ainda não a conseguia incluir em atividades devido o pretense conteúdo “de morte” presente em sua fala. Destarte, sua peculiaridade em termos de bom grau de instrução e cognição limitavam opções de atividades no CAPs em que a mesma também se identificasse.

A equipe solicitava sempre nas rodas em que o caso era discutido, uma resposta minha em relação as atividades a serem desenvolvidas e percebia sempre o incômodo quando eu referia que a primeira coisa a pensar era se estaria sendo melhor ou pior o cuidado oferecido pelo grupo em relação ao hospital psiquiátrico, uma vez que ela possuía no hospital um espaço muito maior para transitar e estava sendo confinada a uma casa. E provocava que pensássemos como seria para cada um de nós nos vermos numa casa daquele tamanho sem a possibilidade de sair.

Diante disso, observamos algumas ações da cuidadora em levar a um culto no fim de semana e a um grupo encontrado no Movimento de Saúde Mental Comunitária focado em pintura em tecido. O caso demonstrou melhora inicial, mas a demanda por sair de casa ainda era grande. Seu quadro clínico, então, começou a mudar com uma constante queixa de diminuição do apetite que o CAPs repetia conforme o discurso de alguns cuidadores, mas outros cuidadores referiam a existência de uma dieta mais líquida.

A dissonância de informações não conseguiu ser trabalhada pela equipe do CAPs no período de dois meses, que constantemente referia ser mais interessante retorná-la para a internação psiquiátrica. Foi quando a coordenadora pediu que fosse visitar Laranjeira, pois estava preocupada. Solicitei que uma pessoa da equipe me acompanhasse, tendo sido nesse momento a própria coordenadora.

Ao chegar na residência, encontramos uma mulher caquética com delírios relacionados a gravidez, hipersexualizada e uma referência a vozes de cunho religioso.

Foi perceptível seu estado de agitação e as cuidadoras referiam também uma tosse pela usuária.

Conversando com as cuidadoras, observei uma ansiedade grande que estava relacionada a sobrecarga sentida em haver apenas duas pessoas responsabilizando-se por todas aquelas pessoas. Surge, então, algumas queixas sobre a dificuldade do CAPs visita-las e o sobre um enfoque mais psiquiátrico que clínico.

Foi referido que Laranjeira realmente não demonstrava jejum completo, mas durante esse tempo sua dieta variava de duas refeições com vitaminas e bolachas quando estava melhor até um chá durante um dia. Laranjeira que se encontrava no recinto durante essa conversa falou que “ele diz que não é pra comer”. Em seguida, pedindo para ver os papéis de alta hospitalar, eu e Estrela observamos que havia uma referência a um quadro de diabetes mellitus e indicação de insulina, sem contar que a mesma aguardava resultados de imagem da tireóide. Todavia, as cuidadoras informaram que o CAPs nunca tinha informado sobre a insulina e nem sabiam como administrar. Além disso, a dieta de Laranjeira era a mesma que para todos os outros moradores.

O caso foi retornado para a equipe do CAPs, a enfermagem trouxe a indicação de que seria necessária a internação psiquiátrica. Devido as dificuldades iniciais em trabalhar um alinhamento sobre o caso e tendo em vista a referência médica de que a dosagem de medicação era a adequada para o quadro pactuei com o grupo que eu teria que intervir no caso.

Com o apoio de uma assistente social do serviço, articulamos o acolhimento da usuária no CAPs 24 horas do município enquanto conseguíamos um leito em hospital geral. A equipe do CAPs geral V foi acionada para acompanhar o deslocamento de Laranjeira.

No CAPs 24 horas, tivemos uma rejeição da usuária que foi entendido em virtude do quadro clínico da mesma. O estranho foi, entretanto, a estratégia utilizada pela equipe para driblar a decisão de acolhimento. No dia seguinte a sua entrada no serviço 24 horas, recebi ligação informando que a mesma tinha diagnóstico de tuberculose, uma vez que a mesma se encontrava com quadro de tosse.

Uma visita ao acolhimento 24 horas foi necessária no dia seguinte, onde em conversa com a enfermeira percebemos que na dieta da Laranjeira havia sido oferecido

alimento com açúcar. A equipe do 24 horas negou conhecer sua condição de diabetes. Alguns ajustes de conduta de cuidados de enfermagem foram pactuados e seguimos na busca por um leito. O leito foi conseguido dois dias após a referida visita. Os profissionais do hospital referiram sobre sua condição grave, mas conseguimos um bom contato com o médico responsável pelo caso que seguiu em investigação que descartou quadro de tuberculose, ajustou a medicação para tratamento do quadro tireoidiano, foi incluído e ajustado a prescrição de insulina e fornecida dieta específica para seu quadro de caquexia. Cerca de um mês após sua internação, obteve alta por melhora e retornou para a residência.

Quanto ao CAPs geral V, retomamos o caso clínico de Laranjeira onde focamos na responsabilidade da enfermagem em relação ao acompanhamento clínico e orientação dos cuidadores, buscando estimular uma sistematização da atuação da enfermagem no campo da saúde mental. Quanto a equipe, ponderamos a lentidão nas mudanças propostas no planejamento e como ainda era necessário pensar sobre a adequabilidade das ações do serviço ao perfil dos usuários, ao contrário do modelo questionado no planejamento que demonstrava-se similar a um cardápio de atividades que os usuários deveriam se adequar.

Esse primeiro caso em sua condução inicial, traz para mim fortemente o que Amorim e Dimenstein (2009, p. 198), citando Foucault, trazem quando dizem

Diante da complexidade do processo de desinstitucionalização e das problemáticas em torno dele, é preciso considerar a existência de uma lógica manicomial que atravessa as mais diferentes realidades no campo da saúde, dizendo respeito ao caráter asilar, segregante e tutelar dos processos de subjetivação na contemporaneidade, para além desse campos específico de interesse. Esta lógica manicomial parece estar presente nos diferentes espaços e tempos, configurando diferentes formas de controle da vida que superam as formas disciplinares de aprisionamento dos corpos.

O grupo demonstra ainda seguir em uma linha dura construída historicamente com o estabelecimento do modelo positivista e sua repercussão na saúde a partir de um modelo biomédico.

5.3.2. Causo Arco-íris

O segundo caso é o de Arco-íris, senhora sem documentos com aparência de mais de 60 anos, branca, pele bem cuidada e mãos delicadas. Apresentava-se sempre calada, aparentemente retraída e com modos que remetiam a uma educação com refinamento.

Tais características no trato contrastavam com a doce repulsa que ela tinha ao contato físico. Arco-íris demonstrava bastante cuidado com a higiene, inclusive com referências a uma suposta sensação de odor de sujeira de modo recorrente.

O contato que tive com o caso foi ainda quando na visita para Laranjeira. Seu caso foi tocado pelas cuidadoras como uma queixa inicial de dor abdominal.

Em virtude do caso emergencial de Laranjeira, a queixa de Arco-íris foi passada para atenção das enfermeiras do CAPs para acompanhamento e articulação para uma avaliação médica.

A primeira discussão do caso acabou sendo focada na justificativa do seu quadro psicótico crônico e na falta de documentação como limitante do acesso aos serviços de saúde. Nesta ocasião, uma assistente social dispôs-se em conseguir a realização de exames laboratoriais necessários para avaliar o quadro geral da usuária.

O quadro de Arco-íris permaneceu com desconforto gástrico e os exames de Arco-íris que demoraram 48 horas para ficarem prontos demonstraram apenas um quadro de anemia leve que, após leitura das declarações de alta do hospital psiquiátrico já se tratava de um quadro relatado e indicado reposição de ferro.

A evolução do caso, entretanto, ocorreu com quadro febril e alguns episódios de hematêmese. Esse fato gerou em mim e na assistente social grande preocupação, principalmente pela falta de solicitação da equipe médica e de enfermagem de qualquer outra indicação que fosse providenciado um dia de agendamento para o clínico do serviço.

Assim, foi preciso também intervenção em relação a este caso, fato que se deu pela articulação que foi feita para a internação em hospital geral e que foi conseguida apenas com o tempo de 5 dias.

A partir do momento que a mesma conseguiu internação, dois fatos aconteceram. O primeiro, em relação a casa, foi necessária a organização de escalas de apoio da equipe de enfermagem para que fosse possível trabalhar uma escala dos cuidadores para acompanhamento de Arco-íris. No que se refere a Arco-íris, observamos uma evolução de piora no acompanhamento na internação hospitalar que levou a uma necessidade de visita constante para sensibilização da equipe médica frente a delicadeza do quadro, uma vez que eles buscavam informações desconhecidas por nós e que a própria usuária não conseguia fornecer de modo que os deixasse satisfeito.

Foi observado no hospital um cuidado diferenciado pela sensibilização de uma médica que, mesmo não sendo responsável pelo caso, atuou constantemente mediando algumas ações de cuidado. A condição psiquiátrica de Arco-íris num primeiro momento demonstrou receio, mas com a exposição da sua história de vida, observou-se uma sensibilidade e empatia pelo caso.

A infelicidade de haver a coincidência de um feriado logo após a internação de Arco-íris, a falta de maiores informações sobre sua história de vida antes e durante a internação psiquiátrica e fatores individuais (a exemplo da sua idade e quadro de anemia), levaram a uma temporalidade na assistência por precaução clínica que só foi possível agilizar em momento de grande piora do quadro, com alguns dias de evolução da hematêmese. Assim, a realização da laparotomia exploratória foi um procedimento muito além das condições de Arco-íris suportar.

No dia seguinte ao procedimento, fomos informados do desfecho da intervenção cirúrgica com falecimento de Arco-íris.

O modo irritadiço e carinhoso de Arco-íris levaram a uma identificação tal que todos os que estiveram mais envolvidos com o caso sentiram grande pesar e demonstraram o aspecto fundamental de atenção à saúde mental dos cuidadores que ali estavam. A situação foi ainda mais forte quando ao informar sobre o falecimento, obtivemos a notícia que havia sido encontrado no seu estômago dois corpos estranhos – uma escova de cabelo dobrável e um pente.

Uma vez que Arco-íris foi encaminhada para o Instituto Médico Legal (IML), um segundo movimento foi pactuado entre a equipe: a necessidade de um enterro digno aquela pessoa. Sabia-se que sua falta de documentação e as circunstâncias do caso levavam a grande possibilidade de enterro como indigente.

Assim, a assistente social e eu desenvolvemos nova empreitada no caso que iniciou por um pedido judicial de liberação do corpo para sepultamento e passou por articulações com o IML para aguardo mínimo de alguma decisão judicial.

Muitas pessoas foram acessadas por ocasião desse movimento e, dentro das possibilidades legais, todas demonstraram-se sensíveis a história de vida de Arco-íris.

Em alguns momentos fizemos a reflexão de que a vida de Arco-íris demonstrara um grande paradoxo: enquanto viva, era invisível; quando morta, sua história ganha vida.

Dezesseis dias foram necessários de visitas quase diárias ao fórum e com conversa inclusive com o juiz responsável pelo caso. Desse esforço, conseguimos uma ordem judicial que o IML aguardasse a decisão judicial antes de qualquer ação de destino do corpo. Ao fim desse período, o poder judiciário delibera a liberação do corpo para sepultamento.

Entretanto, o que parecia o fim da saga de Arco-íris demonstrou que uma vida difícil não poderia se despedir sem um conto a altura. Foi, então, que após os trâmites de documentação para o cemitério público do município e acesso ao direito de Arco-íris do benefício de auxílio funeral, percebemos que lidar com a morte poderia ser desumano.

O momento de liberação do corpo poderia ser descrito como um drama digno do registro por programas que referem ser mera coincidência, qualquer relação com a realidade. Até hoje a figura daquele senhor de meia idade descendo de um carro que demonstrava ser usado com grande frequência pergunta por nós (“responsáveis por Arco-íris”) e desce do carro um caixão que pela aparência parecia ter sido usado algumas vezes. Seguimos para o reconhecimento do corpo que já estava lá, sobre uma maca – totalmente desalinhado – dentro de um saco preto. O saco é aberto e lá está ela, com seu rosto de serenidade, os cabelos que ela tanto demonstrava apreço (agora totalmente desajustados e presos a seu rosto). Com o reconhecimento, o assombro maior foi ver a velocidade com que aquele homem conseguiu num impulso jogar seu corpo dentro daquela caixa de madeira e já fechando, arrumando-a o suficiente para que a tampa pudesse ser fechada.

Aquele momento me remeteu ao livro que estava lendo no momento – “A menina que roubava livros” – e pensei comigo, quanto tempo tínhamos passado daquele retratado naquela literatura, que demonstrava um dos lados mais sombrios que a humanidade poderia mostrar.

Em pouco tempo, a figura se aproxima novamente e ainda parado sob o efeito da cena, ele apenas olha e pergunta pelas cópias necessárias para levar para seus chefes. Como não tínhamos a informação sobre os documentos, pedimos que seguissemos no caminho do cemitério e, enquanto as pessoas que já se encontravam no cemitério (alguns profissionais do CAPs e cuidadores, além de um padre conhecido que tinha se disponibilizado a ir) resolvessem os tramites iniciais do enterro, resolveríamos rapidamente as cópias necessárias.

Outra grande surpresa tivemos, quando seguindo com cortejo atrás do carro onde estava Arco-íris – já próximo de meio dia -, o carro para em um local que faz cópias. Após uma conversa com a assistente social e a resolução dos papéis seguimos até o cemitério onde aguardavam as pessoas, exceto o padre que disse precisar ir para o almoço.

No cemitério, parecia que Arco-íris havia chegado para embarque imediato. A pressa estava presente também nas pessoas do cemitério que queriam enterrar de pronto, tendo em vista o horário.

Finalmente, conseguimos um espaço e momento de despedida que aconteceu entre as pessoas que em tão pouco tempo reconheciam verdadeiramente a caminhada de vida de Arco-íris e sabiam que não houve tempo suficiente para saborear uma experiência com o mundo (talvez tenha sido melhor).

Os momentos finais de Arco-íris traziam forte semelhança para mim com o estilo intimista de Cecília Meireles e que vejo retratado no poema a seguir:

Como se morre de velhice (Cecília Meireles)

Como se morre de velhice
ou de acidente ou de doença,
morro, Senhor, de indiferença.

Da indiferença deste mundo
onde o que se sente e se pensa
não tem eco, na ausência imensa.

Na ausência, areia movediça
 onde se escreve igual sentença
 para o que é vencido e o que vença.

Salva-me, Senhor, do horizonte
 sem estímulo ou recompensa
 onde o amor equivale à ofensa.

De boca amarga e de alma triste
 sinto a minha própria presença
 num céu de loucura suspensa.

(Já não se morre de velhice
 nem de acidente nem de doença,
 mas, Senhor, só de indiferença.)

A reflexão que tive sobre o caso de Arco-íris foi de identificação de um lado com o que traz Capra (1997) em relação a divisão cartesiana e sua influência sobre a prática da assistência à saúde em muitos e relevantes aspectos, começando com a distinção entre corpo (tratado pelos médicos) e a mente (alvo de cura dos psiquiatras e psicólogos). De outro, com o que trata Costa (2008) quando discute a invisibilidade social – uma manifestação de um sofrimento político que rebaixa a percepção de outrem – que Foucault (2009) já discutia em relação à saúde mental numa perspectiva de poder que permeia as instituições de saúde (à época as instituições com características asilares e os hospitais).

5.3.3. Caso Semente

O terceiro e último caso que trago para ilustrar a intervenção de apoio institucional é o de Semente, jovem de cerca de 35 anos, baixa estatura, passa a maior parte do seu dia sentada e apresenta muita dificuldade para deambular e falar (não conseguindo articular bem as palavras). Suas extremidades, principalmente mãos manifesta os efeitos colaterais do uso crônico de antipsicóticos, com dedos em garra, rigidez articular e dificuldade para o movimento de preensão. Seu comportamento é de passividade, ficando sempre onde a colocam, principalmente quando a oferecem papel e lápis – demonstra gosto por tentar desenhar.

Semente chegou considerada semidependente, precisando de ajuda para se alimentar, uma vez que costuma se engasgar constantemente por engolir sem mastigar. As cuidadoras a adotaram como a “criança” da casa e mantinham cuidado constante. Em virtude dos casos de Laranjeira e Arco-íris, Semente passou inicialmente despercebida pelo estudo de caso. Na verdade, ela era considerada a “moradora ideal da casa” e esse fato sempre me causava curiosidade.

O aprofundamento e maior discussão do caso se deu quando a assistente social responsável por encaminhar o processo de reconhecimento de existência e retirada de documentos das pessoas que vieram dos hospitais sem ao menos a certidão de nascimento. Esse momento de discussão do caso ainda coincide com o fechamento dos relatos apresentados de Laranjeira e Arco-íris. A demanda inicial que despertou a discussão foi o fato de a assistente social ter descoberto que a mesma possuía tanto documentos como benefício ativo.

Olhar para a história de vida de Semente leva a questionar se a “pessoa ideal”, a quem normalmente se observava tratamentos de infantilização, traz poucas perspectivas de melhora e tem uma evolução lenta e quase invisível.

Para entender tal caso, vale referir que por ocasião da pauta do seu caso em roda, tivemos como deliberação: a visita à família para tratar do benefício de Semente e o reforço na atuação conjunta entre enfermagem e terapia ocupacional para melhorar a condição nutricional e autonomia de Semente.

A experiência que tive juntamente com a assistente social na visita domiciliar à família pareceu-me surreal. Após três tentativas de encontrar a irmã e sempre conseguindo nova referência de endereço, finalmente conseguimos encontrar a irmã de Semente que, com certo receio aceitou nos receber. A casa parecia simples, com cômodos que pareciam recentemente construídos e faltando reboco. O espaço da casa era relativamente estreito, considerando os móveis e outros adornos existentes.

Percebemos ao acessar a sala um aparelho de televisão de aproximadamente 50 polegadas recém comprada, conclusão que tiramos pela caixa ainda no chão e aberta.

Ainda bastante receosa, a irmã de Semente nos pede para irmos a outro cômodo – seu quarto – onde começou a procurar documentos de Semente. O objetivo da

visita da assistente social era de orientar sobre o benefício de Semente que, inclusive não deveria estar ativo tendo em vista o tempo em que se encontrava no hospital.

Durante a conversa, a irmã demonstrou o abandono de Semente quando ao perguntarmos a localização desta, tentou acertar por duas vezes o local de internação citando hospitais psiquiátricos fechados há, no mínimo, dois anos. A partir daí, ela resolveu expor sua situação e a falta de condições de cuidar de Semente.

Com as orientações acerca das implicações da apropriação do benefício de Semente, obtivemos como resposta a entrega do cartão ao Ministério Público da Saúde (órgão que acompanhava o caso) no período de dois dias.

Por outro lado, as intervenções de orientações nutricionais para o caso de Semente e maior intervenção da enfermagem em sua avaliação conjuntamente com a terapia ocupacional demonstraram acontecer com maior afinco, principalmente pela repercussão que os dois outros casos trouxeram na discussão da responsabilidade do serviço sobre o cuidado compartilhado com as cuidadoras do SRT.

A resposta tida com a sistemática intervenção do serviço em relação a Semente é que esta demonstrou um grande potencial responsivo, sendo que até o momento do fim do meu processo interventivo ela já apresentava melhor deambulação, conseguia segurar uma colher e demonstrava já poder se alimentar sendo apenas observada (um cuidado ainda necessário em virtude de ainda apresentar alguns engasgos).

Apesar de entender que a historicidade do processo pode interferir positivamente ou negativamente em qualquer momento da experiência no mundo, acredito que a afetação do grupo por estes casos tem em Semente um potencial de entendimento do estabelecimento de ampliação das desterritorializações do grupo, assim como de um direcionamento que aponta menos uma possibilidade de buraco negro e mais novas territorializações que potencializem positivamente a desinstitucionalização das pessoas que residem no SRT.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência do apoio institucional no processo de implantação do Serviço Residencial Terapêutico da regional V me permitiu concluir sobre a potencialidade de tal estratégia num serviço com características de base territorial.

Compreendo que minha formação como enfermeiro colaboraram com o manejo em muitos temas relacionados à saúde e me remetem a esta prática como extremamente salutar como atuação do enfermeiro.

As múltiplas questões/demandas que emergem no cotidiano do agir em saúde tanto no CAPs como no SRT desafiam e requerem uma interdisciplinaridade ou mesmo a potencialização das ações de cada categoria no movimento de interprofissionalidade. No que tange a enfermagem, é possível perceber *in loco* a aplicabilidade de uma formação em amplitude como a que rege os projetos pedagógicos das graduações dessa categoria profissional.

Todavia, o profissional de enfermagem demonstra encontrar-se na bifurcação de modelos assistenciais onde de um lado caminha na reprodução de uma prática consolidada no positivismo e que segmenta o sujeito cuidado a ponto de reproduzir junto a essa clientela uma invisibilidade já presente em espaços institucionalizantes e, de outro, uma reconexão com o humano e sua relação no mundo que provoca a responsabilidade com seu próprio cuidado como uma extensão do cuidado ao outro e necessita que o profissional exercite a fluência entre desterritorializações e (re)territorializações.

Para tanto, a escolha do profissional enfermeiro não tem como se distanciar de uma (micro)política e precisa ser problematizada desde a sua formação universitária para que consiga uma melhor relação com espaços democráticos e que prezam por autonomia.

Diante disso, posso também afirmar que a intervenção me levou a refletir acerca da minha corporeidade vivida no estar-com as equipes e com os moradores da RT, principalmente em relação as afetações que me trouxeram o caso de Arco-íris. Tal fato me fez perceber limitações individuais na condução de alguns processos, o que me demandou uma constante reflexão sobre o cuidado de mim e sobre minhas ações na

medida em que optei por adotar os princípios de cuidado, democracia e educação problematizadora.

A enfermagem na saúde mental demonstrou ainda uma dificuldade em ampliar seu escopo de ações além do psicofarmacológico, mas acredito que este também seja alimentado por elementos reais de um serviço com demanda além do que preconiza os dispositivos normativos e pela vigência de relações trabalhistas com vínculos fragilizados (terceirização) e fortemente marcado por interferências partidárias. Este último demonstra uma relação perniciosa de tensão no campo da prática que atua como um inibidor de motivação do profissional.

Quanto as ações educativas propostas pela enfermagem, é perceptível a dificuldade em se discutir estratégias de educação permanente. Os profissionais demonstram habilidade ainda em propostas pedagógicas pontuais e centradas na informação/capacitação, método que torna-se mais problemático tendo em vista a característica dos cuidadores de não necessária relação com atividades práticas de saúde.

Acredito que os currículos pedagógicos da enfermagem deveriam olhar melhor para essa tecnologia de cuidado (educação em saúde) e qualificar a discussão na formação dos profissionais de enfermagem. Em espaços de atuação em serviços de base territorial, essa é uma possibilidade que se perde ou leva a profissionais mais sensíveis a buscar formações complementares.

No que concerne ao Serviço Residencial Terapêutico, as crises existentes no seu processo de implantação não conseguem aplacar os ganhos substanciais na vida dos moradores que, no conjunto, demonstram muita abertura a essa desterritorialização e expressam em muitos momentos sua felicidade por experimentar um espaço que se preocupe em vê-los e apresenta-los a uma identidade no mundo vida.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de; BARRETO, Ivana Cristina de Holanda Cunha; FONSECA, Cláudio Duarte da. **A estratégia saúde da família**. In: DUNCAN, B. B.; GIUGLIANI, E. R. J.; SCHIMIDT, M.I.; *et al.* Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências [Cap. 7] Porto Alegre: ARTMED, 3 ed., 2004, p. 88-100.

AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. 20 ed., Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

AMORIM, A. K. de M. A.; DIMENSTEIN, M. Desinstitucionalização em saúde mental e práticas de cuidado no contexto do serviço residencial terapêutico. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, fev. 2009 Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000100025&lng=en&nrm=iso. Acesso em 20 de mai. de 2014.

BARROS, M. E. B. de; GUEDES, C. R.; ROZA, M. M. R.. O apoio institucional como método de análise-intervenção no âmbito das políticas públicas de saúde: a experiência em um hospital geral. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, dez. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001300029&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 de abr. de 2014.

BEZERRA, C. G.; DIMENSTEIN, M. Acompanhamento Terapêutico na proposta de alta-assistida implementada em hospital psiquiátrico: relato de uma experiência. **Psic. Clin.**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, 2009, p.15–32. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pc/v21n1/v21n1a02.pdf>. Acesso em: 10/dez./2013.

BRAGA, C. G.; SILVA, J. V. da. [org.] **Teorias de Enfermagem**. 1 ed., São Paulo: Iátria, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política do Ministério da Saúde**. Disponível em: http://www.almg.gov.br/eventos/imagens/politica_ministerio_saude.pdf. Acessado em: 12/12/2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental no SUS: as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica**. Relatório de Gestão 2007-2010. Ministério da Saúde: Brasília, 2011, 106 p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_mental_fronteras_reforma_psiquiatria.pdf. Acesso em: 09/fev./2014.

BRASIL. **Portaria Nº 336, de 19 de fevereiro de 2002**. Define as características das modalidades de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS I, II, III, ad II e i II). Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/39_Portaria_336_de_19_02_2002.pdf. Acesso em: 22/jul./2013.

BRASIL. **Portaria Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011.** Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 22/jul./2013.

BRASIL. **Decreto Nº 7.508, de 28 de junho de 2011.** Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Acesso em: 22/jul./2013. Disponível em: https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&ved=0CCwQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.saude.mt.gov.br%2Farquivo%2F2323&ei=MrHvUcGjIYL68QTz_4DICw&usq=AFQjCNEcEvSAsCtrMF5xmaj8WtS6ROI2OQ.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização: formação e intervenção.** v. 1, Brasília: Ministério da Saúde, 2010, 242p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizaSUS.pdf. Acesso em: 10 de abr. de 2014.

BRASIL, G. M. *et. al.* **Cartilha do Mapa da criminalidade e da violência em Fortaleza – perfil da SER V.** Fortaleza: LABVIDA-UECE, 2011. Disponível em: http://www.uece.br/labvida/dmdocuments/regional_V.pdf. Acesso em: 30/dez./2013.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial.** Brasília: Ministério da Saúde, 1997. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf. Acesso em 15 de jan. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Legislação em saúde mental 1990-2002.** 3 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/legislacaosaudemental2002completa.pdf>. Acesso em 15 de fev. de 2014.

BULECHEK, G. M.; BUTCHER, H. K.; DOCHTERMAN, J. M. **Classificação das intervenções de enfermagem (NIC).** Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. Efeito Paidéia e o campo da saúde: reflexões sobre a relação entre o sujeito e o mundo da vida. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, mar. 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462006000100003&lng=en&nrm=iso. Acesso em 23 de abr. de 2014.

CAMPOY, M.A.; MERIGHI, M.A.B.; STEFANELLI, M.C. O ensino de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica: visão do professor e do aluno na perspectiva da fenomenologia social. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 2, mar./abr., 2005, p. 165-172. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n2/v13n2a06.pdf>. Acesso em: 09/fev./2013.

CAPRA, F. **O ponto de mutação.** 20 ed., São Paulo: Cultrix, 1997.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M.. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, jun. 2004. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312004000100004&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 25 de mai. de 2014.

CIAMPA, A. C. Identidade. In: LANE, S. T. M.; CODO, W. **Psicologia social: o homem em movimento**. 10 ed., São Paulo: Brasiliense, 1992, p. 58-75.

COSTA, F. B. da. **Moisés e Nilce**: retratos biográficos de dois garís. Um estudo de psicologia social a partir de observação participante e entrevistas. Tese de Doutorado. Instituto de Psicologia/Universidade de São Paulo. 403p. Disponível em https://www.google.com.br/url?sa=t&ret=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0CCoQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.teses.usp.br%2Fteses%2Fdisponiveis%2F47%2F47134%2Ftde-09012009-154159%2Fpublico%2Fcostafernando_do.pdf&ei=JgVjU-f1HJS1yATo1oH4DA&usg=AFQjCNGhDgyYXlmIgy1AsGt_XOtWWQtGFg. Acesso em 28 de abr. de 2014.

DELEUZE, G.; PARNET, C. Políticas. In: _____ **Diálogos**. Lisboa: Relógio D'água, 2004, p. 151-176.

DIAS, R. de O. Pesquisa-intervenção, cartografia e estágio supervisionado na formação de professores. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 23, n. 2, mai./ago., 2011, p. 269-290. Disponível em: <http://www.uff.br/periodicoshumanas/index.php/Fractal/article/view/595>. Acesso em: 09/fev./2013.

ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (org.) Textos de apoio em Saúde Mental. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.

FARIA, R. M. de; BORTOLOZZI, A. **Espaço, território e saúde**: contribuições de Milton Santos para o tema da geografia da saúde no Brasil. R. RA'E GA, Curitiba, n. 17, p. 31-41, 2009. Editora UFPR. Disponível em <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/raega/article/viewFile/11995/10663>. Acesso em 10 de fev. de 2014.

FOUCAULT, M. [trad. José Teixeira Coelho Neto]. **História da Loucura**: na idade clássica. 8 ed., São Paulo: Perspectiva, 2009.

FOUCAULT, M. [trad. Roberto Machado]. **O nascimento da clínica**. 7 ed., Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2013.

FOUCAULT, M. [trad. Roberto Machado]. **Microfísica do poder**. 28 reimp., Rio de Janeiro: Edições Graal, 2010.

FOUCAULT, M. **A ordem do discurso**: aula inaugural no Collège de France, pronunciada em 2 de dezembro de 1970. [trad.: Laura Fraga de Almeida Sampaio]. 22 ed., São Paulo: Edições Loyola, 2012.

FORTALEZA-CEARÁ. **Relatório de Gestão 2009**: saúde, qualidade de vida e a ética do cuidado. Fortaleza: Secretaria de Saúde de Fortaleza, 2009. Disponível em http://www.sms.fortaleza.ce.gov.br/images/stories/publicacoes/relatorios_de_gestao/rel_Gestao2009.pdf. Acesso em 10 de dez. de 2013.

FRANCO, T.B.; As Redes na Micropolítica do Processo de Trabalho em Saúde. In: PINHEIRO, R.; MATOS, R.A. *Gestão Em Redes*. Rio de Janeiro: LAPPIS-IMS/UERJ-ABRASCO, 2006. Disponível em: http://www.uesc.br/atencaoasaude/publicacoes/redes_na_micropolitica_do_processo_trabalho_-_tulio_franco.pdf. Acesso em: 15 de set. de 2013.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. 46 ed., Rio de Janeiro: Paz eTerra, 2013.

FREITAS, F.F.P. de. **A história da psiquiatria não contada por Foucault**. *História, Ciências, Saúde*. Manguinhos, n. 1, v. 11, jan./abr., 2004, p. 75-91.

FUZETTI, M. F. F.; CAPOCCI, P. O. As diferentes concepções da desinstitucionalização no Brasil. **Rev. Enferm. UNISA**, n. 4, 2003, p. 37-39. Acesso em: 10/dez./2013. Disponível em: <http://www.unisa.br/graduacao/biologicas/enfer/revista/arquivos/2003-08.pdf>.

GALDEANO, L. E.; ROSSI, L. A.; ZAGO, M. M. F. Roteiro instrucional para a elaboração de um estudo de caso clínico. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 3, jun. 2003. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692003000300016&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 19 de mai. de 2014.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5 ed., São Paulo: Atlas, 1999.

GIL, A. C. **Estudo de Caso**. São Paulo: Atlas, 2009

HELOANI, José Roberto; CAPITAO, Cláudio Garcia. **Saúde mental e psicologia do trabalho**. *São Paulo Perspec.*, n.2, vol.17, 2003, p. 102-108.

HIRDES, A. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re)visão. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, fev. 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000100036&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 21 de abr. de 2014.

LUZIO, Cristina Amélia; L'ABBATE, Solange. **A reforma psiquiátrica brasileira: aspectos históricos e técnico-assistenciais das experiências de São Paulo, Santos e Campinas**. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, n.20, v.10, jul/dez, 2006, p.281-98.

MACÊDO, Elievã Isidro Nunes. Transtornos psiquiátricos e produtividade no trabalho. Disponível em: http://www.prolavore.com.br/pfd/trans_pisiq_prod_trabalho.pdf. Acessado em: 12/12/2009.

MEDEIROS, C.; FEIJÓ, J. **Perfil Municipal de Fortaleza**: tema VIII – o mapa da extrema pobreza. IPECE Informe, Ceará, n. 43, p. 1-15, nov., 2012. Disponível em:

http://www.ipece.ce.gov.br/publicacoes/ipece-informe/Ipece_Informe_43_05_novembro_2012.pdf. Acesso em: 21/dez./2013.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011, 549 p.

MINAYO, M. C. de S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12 ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Gabinete do Ministro. Portaria n° 106, de 11 de fevereiro de 2000. Institui os Serviços Residenciais Terapêuticos. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/27_Portaria_106_de_11_02_2000.pdf. Acesso em: 10 jan. de 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Gabinete do Ministro. Portaria n° 3.090, de 23 de janeiro de 2011. Altera a Portaria n° 106/GM/MS, de 11 de fevereiro de 2000, e dispõe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, sobre o repasse de recursos de incentivo de custeio e custeio mensal para implantação e/ou implementação e funcionamento dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3090_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 10 jan. de 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Gabinete do Ministro. Portaria n° 857, de 22 de agosto de 2012. Habilita os Serviços Residenciais Terapêuticos tipos I e II na Tabela de Incentivos Redes do SCNES dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/27_Portaria_106_de_11_02_2000.pdf. Acesso em: 10 jan. de 2014.

NANDA International. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA**: definições e classificação 2009 – 2011. Porto Alegre: Artmed, 2010.

OLIVEIRA, Ercília Gama de. A saúde mental na atenção básica de saúde: uma parceria com as equipes de saúde da família. In: NILO, Kelly *et. al.* (org.). Política de Saúde Mental de Belo Horizonte: o cotidiano de uma utopia. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, 1 ed., 2008, p. 17-25.

OLIVEIRA, F. B. de; FORTUNATO, M. L. Reabilitação psicossocial na perspectiva da reforma psiquiátrica. **Vivência**, n. 32, 2007, p. 155-161. Disponível em: http://www.cchla.ufrn.br/vivencia/sumarios/32/PDF%20para%20INTERNET_32/CAP%2010_FRANCISCA%20BEZERRA_E MARIA%20LUCINETE.pdf. Acesso em: 23 de abr. de 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **A Saúde Mental pelo prisma da Saúde Pública** [Capítulo 1]. In: _____. Relatório Mundial da Saúde – Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Lisboa: Climepsi, 2002, p. 29-49.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **O peso das perturbações mentais e comportamentais** [Capítulo 2]. In: _____. Relatório Mundial da Saúde – Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Lisboa: Climepsi, 2002, p. 53-92.

PEDUZZI, M. **Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação**. Campinas, 1998. Tese (Doutorado). Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. Cap. 1.

ROCHA, M. L. da; AGUIAR, K. F. de. Pesquisa-intervenção e a produção de novas análises. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 23, n. 4, dez. 2003. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932003000400010&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 21 de abr. de 2014.

SATO, Leny and BERNARDO, Márcia Hespanhol. Saúde **mental e trabalho: os problemas que persistem**. *Ciênc. saúde coletiva.*, n.4, vol.10, 2005, p. 869-878.

SAUPE, R.; CUTOLO, L. R. A.; SANDRI, J. V. de A. Construção de descritores para o processo de educação permanente em atenção básica. *Trab. Educ. Saúde*, v.5 n.3,p.433-452,nov.2007/fev.2008. Disponível em: <http://www.revista.epsjv.fiocruz.br/upload/revistas/r181.pdf>. Acesso em: 04 de abr. de 2014.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=1059> Acessado em 02/11/2008.

SENNET, R. **A corrosão do caráter**. [trad. Marcos Santarrita]. 1 ed., Rio de Janeiro: Edições BestBolso, 2012.

SOUZA, H. J. de. **Como se faz análise de conjuntura**. 32 ed., Petrópolis, RJ: Vozes, 2012.

STUART, G. W. Papéis e funções dos enfermeiros psiquiátricos: cuidado competente. In: STUART, G. W.; LARAIA, M. T. **Enfermagem psiquiatria: princípios e práticas**. 6. ed., Porto Alegre: Artmed, 2001, p. 31-45.

TENÓRIO, Fernando. **A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: histórias e conceitos**. *Hist. cienc. saude-Manguinhos*, Abr., vol.9, no.1, 2002, p. 25-59.

VENTURINI, E. A desinstitucionalização: limites e possibilidades. *Rev. Bras. Crescimento Desenvolvimento Hum.*, v. 20, n. 1, 2010, p. 138-151. Acesso em: 10/dez/2013. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/jhgd/article/viewFile/19953/22033>.

VILLELA, S. de C.; SCATENA, M. C. M. A enfermagem e o cuidar na área de saúde mental. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, v. 57, n 6, nov/dez, 2004, p. 738-741. Acesso em: 09 de fev. de 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n6/a22.pdf>.

ANEXO

PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO PARTICIPATIVO DO CAPS GERAL SER V

1. PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO

1.1. MISSÃO DO SERVIÇO

Acolher e Prestar atenção biopsicossocial, prioritariamente, às pessoas com transtornos mentais severos e persistentes de modo corresponsável com seus cuidadores, respeitando os valores individuais e promovendo a autonomia, o protagonismo e a (re)inserção comunitária.

1.2. VISÃO DO SERVIÇO

Ser um serviço de referência em atenção biopsicossocial no município de fortaleza, atuando em rede, com uma demanda interna organizada para prestação de atendimento efetivo aos usuários com transtornos mentais severos e persistentes, através da construção e monitoramento de projetos terapêuticos singulares. Contemplando também mecanismos de controle social e participação comunitária.

2. AVALIAÇÃO SITUACIONAL

2.1. DESAFIOS

1. Articulação da rede de saúde do município para garantir o atendimento dos usuários com demanda de saúde mental nos diferentes níveis de atenção;
2. Cobrir a demanda de saúde mental da regional V;
3. Número insuficiente de profissionais e não reposição das baixas;
4. Conhecer a demanda real de usuários com transtorno mental grave e persistente na SER V;
5. Ampliar a participação política e comunitária dos usuários e familiares nos instrumentos/espacos de controle social da saúde.

2.1.1. AMEAÇAS

1. Não funcionamento adequado da rede de saúde;
2. Rede de saúde mental com a maioria dos profissionais terceirizados;
3. Fornecimento irregular da medicação para a demanda de saúde mental;
4. Dificuldade de inserção dos usuários na comunidade em relação aos aspectos familiares, individuais, de articulação da rede e de acolhimento (sem preconceito);
5. Irregularidade nos pagamentos das parcelas do convênio com o MSMCBJ;
6. Não consolidação dos CAPS como política de estado no município.

2.1.2. OPORTUNIDADES

1. Cogestão com o movimento de saúde mental comunitária do Bom Jardim;
2. Matriciamento como estratégia para melhoria do funcionamento da rede de saúde;
3. Existência de mecanismos de incentivos de apoio a projetos e programas a serem desenvolvidos no CAPS;
4. O Bom Jardim como único território de paz de fortaleza, facilitando a aprovação de seus projetos;
5. Valorização de linguagens artísticas no processo terapêutico de usuários com transtornos mentais, a exemplo: em nível federal o prêmio “loucos pela diversidade”, municipal “projeto arte saúde” e local existência de equipamentos de arte e cultura que facilitam a (re)inserção comunitária;

2.1.3. PONTOS FORTES

1. Bom relacionamento e disponibilidade da equipe;
2. Facilidade na disponibilidade de insumos e materiais para realização das atividades através da cogestão com o MSMCBJ;
3. Atitude da equipe de realizar articulação intersetorial;
4. Bom relacionamento com a coordenação local e regional;
5. Acompanhamento integral dos usuários;
6. Mais momentos de integração, atividades de “cuidando do cuidador”.

Estratégias de potencialização:

- Estruturação da equipe de forma adequada;
- Garantir uma equipe mínima para que se possam garantir condições adequadas de trabalho;
- Garantir os repasses para que se mantenha o convênio MSMCBJ;
- Garantir de forma sistemática os encontros de “cuidando do cuidador”.

2.1.4. PONTOS FRACOS

1. Quantidade insuficiente de profissionais para a demanda;
2. Falta de capacitação e protocolos internos de atendimento de crise;
3. Falta de psiquiatra e transporte para realização de encontros matriciais;
4. Falta de supervisão institucional;
5. Transporte insuficiente;
6. Grande rotatividade de motoristas e guardas municipais;
7. Falta do cuidando do cuidador;
8. Espaço físico insuficiente;
9. Desorganização do arquivo morto;
10. Falta de construção e monitoramento de projetos terapêuticos singulares;

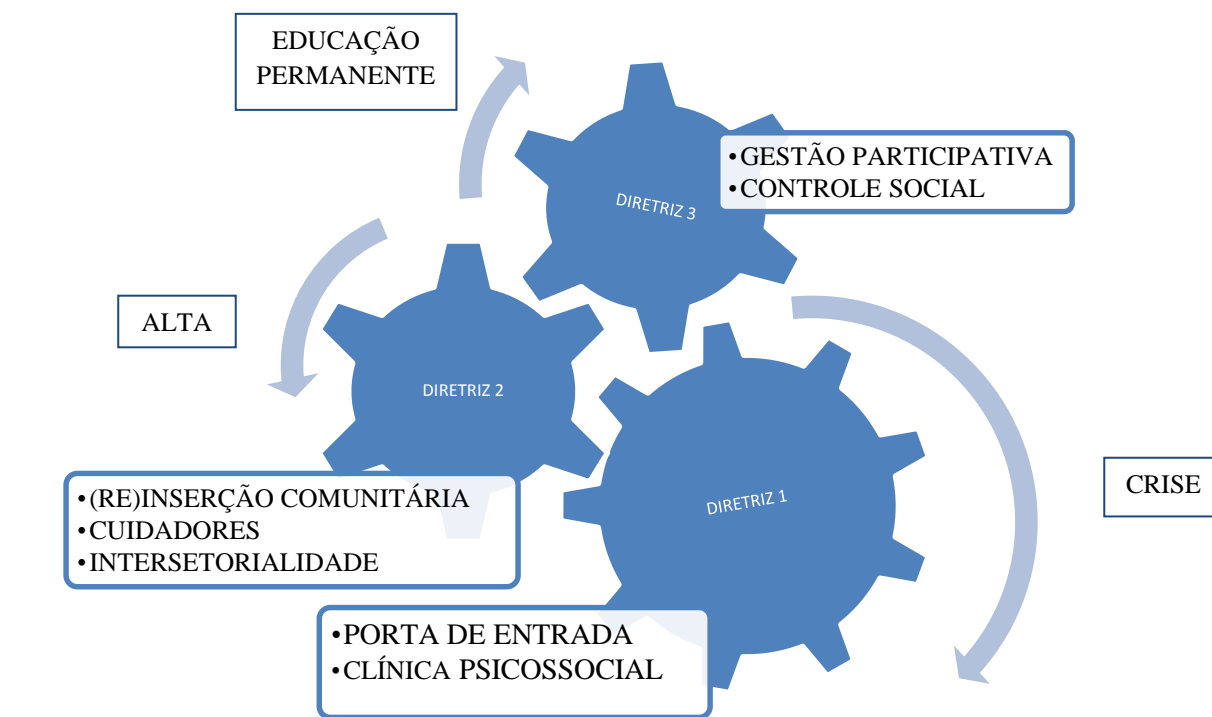
11. Pouca compreensão do procedimento das APACS;
12. Falta de profissionais de referência;
13. Dificuldade em concretizar algumas ações pactuadas;
14. Falta de salas de espera;
15. Baixa efetividade da mobilização e participação comunitária dos usuários e familiares;
16. Ausência de dados epidemiológicos;
17. Falta de ouvidoria local.

Estratégias de enfrentamento:

- Promover capacitação e solicitar que profissionais que possam oferecer essa capacitação de forma voluntária;
- Aumentar a remuneração, melhorar as condições de trabalho;
- Disponibilidade de ter supervisor voluntário, que seja escolhido pela equipe e possa trabalhar também questões clínicas;
- Otimizar os espaços, adequação (organizar) os grupos conforme os espaços disponíveis os dias;
- Garantir 1 transporte para a regional V;
- Reunião com as equipes que utilizam o transporte para otimizar a quilometragem;
- Avaliar o perfil de guardas municipais para atuarem em um serviço de saúde mental;
- Promover a capacitação dos guardas municipais;
- Realizar 1 encontro de cuidando do cuidador bimestralmente ou, no máximo, trimestralmente;
- Conseguir o apoio de um facilitador desse momento de forma voluntária
- Realizar um mutirão para organizar os prontuários.
- Implantar um sistema de informatizado de prontuários.

3. PLANEJAMENTO TÁTICO

3.1. SISTEMATIZAÇÃO DO PLANEJAMENTO TÁTICO



3.1.1. DIRETRIZES

1. Prestar atenção biopsicossocial a pacientes com transtornos mentais severos e persistentes
2. Promoção da autonomia, protagonismo e (re) inserção comunitária dos usuários do CAPS, com valorização do papel dos cuidadores (familiares e profissionais) e das ações em rede
3. Fortalecimento de mecanismos de gestão participativa

3.1.2. EIXOS DE TRABALHO

- PORTA DE ENTRADA:

Avaliar a demanda de saúde mental para a garantia de acesso aos serviços adequados.

Coordenação:

Estratégias: Matriciamento, Acolhimento (egressos de internação psiquiatria e crise)

- CLÍNICA PSICOSSOCIAL:

Promover uma assistência / atenção em saúde de qualidade ao usuário.

Coordenação:

Estratégias: Propostas terapêuticas individuais, Abordagens de grupo

- ..(RE)INSERÇÃO COMUNITÁRIA:

Facilitar / incentivar o processo de autonomia e integração com a comunidade.

Coordenação:

Estratégias: Grupos comunitários; Educação formal; Educação para o trabalho, emprego e renda

- CUIDADORES:

Proporcionar espaços terapêuticos e/ou educativos para os cuidadores, potencializando os vínculos e a qualidade do cuidado.

Coordenação:

Estratégias: Grupos de família (educativo e terapêutico); Atividades terapêuticas com profissionais (interação – lazer e datas comemorativas // cuidando do cuidador); Atividades educativas com profissionais (supervisão; capacitações; grupos de discussão)

- INTERSETORIALIDADE:

Fomentar a articulação da rede intersetorial, favorecendo a construção de fluxos e parcerias.

Coordenação:

Estratégias: Fórum permanente sócio-assistencial (educação, saúde, assistência social, criança e adolescente; desenvolvimento econômico; meio ambiente; terceiro setor); Mapeamento de instituições; Visitas institucionais.

- GESTÃO PARTICIPATIVA:

Fortalecer a descentralização da gestão local.

Coordenação:

Estratégias: Roda; Grupos de Trabalho; Coordenadorias de eixos/diretrizes

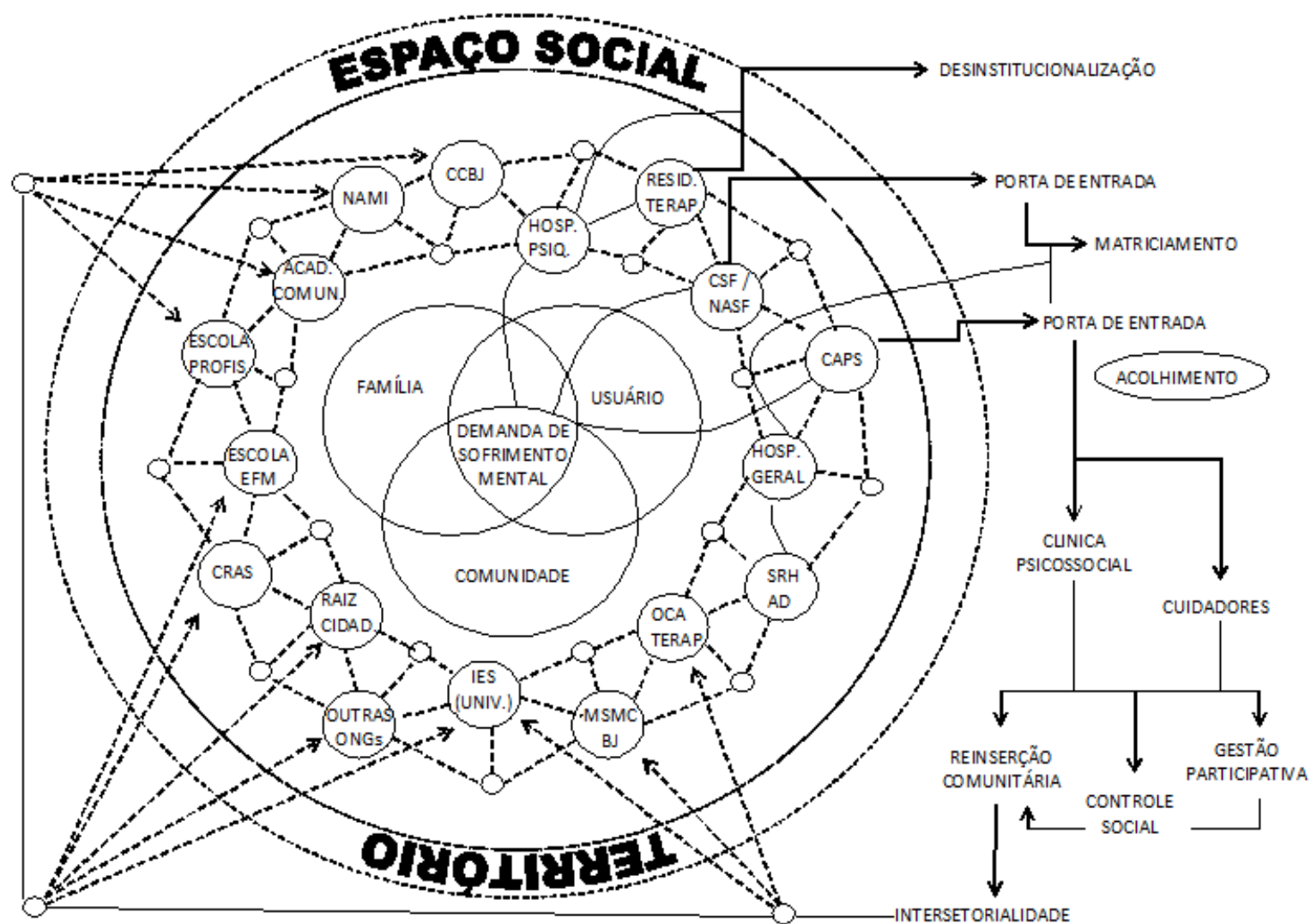
- CONTROLE SOCIAL:

Estimular uma gestão democrática através da participação de usuários, familiares e comunidade.

Coordenação:

Estratégias: Conselhos de saúde; Assembléia; Ouvidoria; Sala de situação; Orçamento participativo

4. SISTEMATIZAÇÃO DO PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO SITUACIONAL (PES)



4.1. PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO SITUACIONAL

4.1.1. PORTA DE ENTRADA

4.1.1.1. Matriciamento:

1. Priorizar as unidades com maior número de encaminhamentos (gov.)
2. Organizar cronograma com um mínimo de um encontro por quinzena (fora de gov.)
3. Constituir um fórum de discussão e trabalho sobre matriciamento (fora de gov.)
4. Ampliar a participação dos NASFs no matriciamento (fora de gov.)

4.1.1.2. Acolhimento:

- ACOLHIDA

1. Informar sobre questões gerais do serviço (gov.)
2. Organizar a demanda diária (gov.)
3. Promover a inclusão de todos os profissionais de nível superior (gov.)

- SALA DE ESPERA

1. Discutir a rotina do serviço (gov.)
2. Incentivar a participação nas atividades/ações do serviço (gov.)
3. Promover um espaço de educação em saúde (gov.)

- AVALIAÇÃO INICIAL

1. Discutir o formulário e o questionário de avaliação de usuários que acessam o serviço pela primeira vez (gov.)
2. Qualificar os profissionais para avaliação da demanda que acessa o serviço pela primeira vez (gov.)
3. Realizar encaminhamento com responsabilização dos casos que acessam o serviço e apresentam algum sofrimento mental leve ou moderado sem sinais de complicação, priorizando o matriciamento/equipe matricial, onde houver (gov.)
4. Realizar anamnese dos usuários com demanda para acompanhamento no CAPS (gov.)
5. Melhorar a qualidade de todos os prontuários de usuários ativos por meio do registro e realização de anamnese (gov.)
6. Ampliar o acesso dos usuários para avaliação de primeira vez em, pelo menos, um período (gov.)

- PLANTÃO PSICOSSOCIAL

1. Promover a escuta qualificada de todos os usuários do serviço que o acessa sem um agendamento (gov.)
2. Adequar o número de profissionais à demanda do plantão psicossocial (gov.)

3. Melhorar o registro desta ação nos prontuários (gov.)
4. Favorecer intervenção prioritária a casos complexos/crises (gov. / fora de gov.)

4.1.2. CUIDADORES

- FAMILIARES:

1. Compreender a dificuldade de participação das famílias em grupos específicos (gov.)
2. Manter um espaço de cuidado para o familiar (gov.)
3. Ampliar ações de território que incluam familiares dos usuários do CAPS (fora de gov.)

- TRABALHADORES:

1. Realizar a leitura das relações inter/intrapessoais com planejamento de trabalho para resolução de nós (gov.)
2. Estimular o acesso a atividades terapêuticas (fora de gov.)
3. Melhorar o relacionamento entre os profissionais (gov. / fora de gov.)

4.1.3. CLÍNICA PSICOSSOCIAL:

- ATENDIMENTO INDIVIDUAL:

1. Padronização dos atendimentos individuais com perspectiva de demanda, abordagem e alta (gov.)
2. Criação de instrumentais que reflitam a abordagem de cada categoria profissional (gov.)
3. Criação e manutenção de agenda para demanda individual de cada categoria (gov.)
4. Priorizar a qualificação da atenção farmacêutica (gov.)
5. Discutir e sistematizar a proposta de atuação do núcleo de cada categoria profissional (gov.)

- GRUPOS:

1. Rever a quantidade e planejamento de grupos para usuários com demanda de sofrimento mental leve (gov.)
2. Criação de um grupo de terapia ocupacional (gov.)
3. Criação de um grupo de psicoterapia (gov.)
4. Manutenção do grupo de transição/alta (gov.)
5. Intensificar gradualmente as propostas de grupos para a demanda foco do serviço (gov.)

- VISITA DOMICILIAR:

1. Melhorar a periodicidade das visitas domiciliares (gov. / fora de gov.)
2. Priorizar a rotina de visita domiciliar médica por usuários acompanhados em domicílio, adaptando a agenda em casos de intercorrências (gov.)
3. Observar e respeitar critérios de prioridade junto à equipe de visita (gov.)

4.1.4. GESTÃO PARTICIPATIVA

1. Manter e acompanhar sistematicamente o planejamento estratégico em eixos de atenção (gov.)
2. Manter a roda de equipe, potencializando sua estrutura de cuidado, pedagógico e administrativo com inclusão dos trabalhadores na coordenação de todos os momentos (gov.)
3. Elaborar planos de ação anuais (gov.)
4. Criar comissões para acompanhar o plano de atividades programadas em relação a infraestrutura, programação e divulgação (gov.)
5. Alimentar sistematicamente o banco de dados do serviço (gov.)
6. Criar uma comissão para acompanhar o convênio com o Movimento de Saúde Mental Comunitário do Bom Jardim (gov.)
7. Implicar usuários e familiares no financiamento do serviço (fora de gov.)

4.1.5. CONTROLE SOCIAL

1. Aprovar o regimento interno do Conselho Local de Saúde (gov.)
2. Manter a realização sistemática de assembléias de serviço (gov.)
3. Realizar ações na comunidade (gov.)
4. Promover articulações intersetoriais (gov. / fora de gov.)
5. Estimular o processo de discussão e controle social no espaço do território (gov.)
6. Apoiar os processos de educação popular em saúde, com vistas ao fortalecimento da participação social do SUS (gov.)
7. Organizar e prover as condições necessárias para participação dos conselheiros nas conferências de saúde (fora de gov.)

4.1.6. REINSERÇÃO COMUNITÁRIA

- USUÁRIO:

1. Articular grupo produtivo com acompanhamento das atividades por meio do registro em prontuário (gov.)
2. Adaptar projeto terapêutico intensificando a reinserção social e alta (gov.)
3. Discutir com os usuários as temáticas de associativismo, cooperativismo e empreendedorismo (gov.)
4. Potencializar atividades que preparem o usuário para relações sociais: grupos, Tô de Lua, Arte na Praça, Datas Comemorativas alusivas à saúde mental (gov.)

- FAMÍLIA:

1. Sensibilizar a família sobre as questões referentes aos usuários, potencializando esta discussão em grupos (gov.)

- **COMUNIDADE:**

1. Realizar levantamento de espaços que ofereçam educação formal (gov.)
2. Melhorar e ampliar a rede de informações sobre ações comunitárias (gov.)

- **SERVIÇO:**

1. Equiparar as atividades para inclusão/reinserção comunitária (gov.)
2. Potencializar os artistas em grupos comunitários (gov.)

4.1.7. INTERSETORIALIDADE:

1. Melhorar a relação CAPS e Movimento de Saúde Mental Comunitária do Bom Jardim (gov. / fora de gov.)
2. Estabelecer estratégias de educação permanente para capacitação em matriciamento (gov. / fora de gov.)
3. Promover aproximação dos espaços potenciais do território e/ou da área de influência (gov.)
4. Realizar visitas institucionais sistematicamente (gov.)